Nr. 24 17. czerwca 1923 Rok II.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Dr. TADEUSZ TEMPKA, asystent kliniki. Kraków

Chlorek wapnia jako środek sercowy.

Z kliniki medycznej U. J. (Dyrektor: Profesor Dr. Witold Orłowski) i Z Zakładu fizjologji U. J. (Dyrektor: Profesor Dr. Ernest Maydell).

Chlorek wapnia, mający rozległe zastosowanie w lecznictwie, jest najmniej znany i najmniej używany jako środek sercowy. Wydaje się to tem dziwniejsze, że badania doświadczalne tak obecnej doby, jak i dawniejsze, stwierdzają zgodnie wybitny wpływ chlorku wapnia na narząd krążenia. Wyniki doświadczeń *) Mickwitza **) i S. Ringera **) z drugiej połowy ubiegłego wieku, nadto i nowsze badania Langendorffa i Huecka [1]), Grossa [3]), Bethego [4]), Rothbergera [5]) i Winterberga [5]), przeprowadzone częścią na zwierzętach zimnokrwistych, częścią ciepłokrwistych, dowodzą, że chlorek wapnia wzmaga siłę skurczu mięśnia sercowego, upośledza zaś przy większych dawkach jego rozkurcz, nadto czasem przyśpiesza, przeważnie jednak zwalnia jego czynność, wreszcie zwiększa ciśnienie tętnicze i amplitudę ciśnienia. Wyniki te uzyskały znaczne rozszerzenie przez doświadczenia Loewiego [6]) i Zondeka [7]), którzy — badając stosunek chlorku wapnia do ciał naparstnicowych co do działania na serce — dochodzą do wniosku, że wszystkie objawy działania naparstnicy są właściwie objawami działania chlorku wapnia i że rola ciał naparstnicowych polega na uczulaniu serca na działanie wapnia. Również i Konschegg [8]) stwierdził, że wapień i strofantyna dają się, do pewnego stopnia, zastąpić wzajemnie w swem działaniu na serce. Dalszą stronę działania chlorku wapnia na narząd krążenia wykryły badania Kolma [9]) i Picka [9]), stwierdzające, że wywiera on wybitny wpływ hamujący na pierwszorzędne automatyczne ośrodki serca, podniecający zaś na ośrodki automatyczne komorowe. Ponadto Wiechmann [10]) i Zondek [7]) dowiedli, że chlorek wapnia ma także i działanie odtruwające względem pewnych trucizn serca, mianowicie pobudza napowrót do pracy serce (żaby), które stanęło pod wpływem chininy, chinidyny lub arsenu.

Gdy tedy wpływ chlorku wapnia na narząd krążenia obszernie uwzględniono w doświadczeniach na zwierzętach, to prace, zajmujące się chlorkiem wapnia, jako środkiem sercowym, są nieliczne i nie uwzględniają całokształtu tego zagadnienia. Pierwsi zaczęli stosować chlorek wapnia, jako lek sercowy, pod koniec ubiegłego wieku i z początkiem obecnego, lekarze angielscy: Crombie [11]), Barr [12]) i Brunton [13]), we Francji zaś równocześnie Netter [14]); dodatnie wyniki, przez nich uzyskane, są jednak jednostronne, gdyż odnoszą się jedynie do ostrej niedomogi mięśnia sercowego, wywołanej przez zapalenie płuc. Tyczy się to także i nowszych spostrzeżeń Arnsteina [15]), który otrzymywał dobre wyniki przy dożylnem stosowaniu chlorku wapnia przeciw osłabieniu mięśnia sercowego, w przebiegu ciężkiego grypowego zapalenia płuc. Również i ujemne wyniki Pasternackiego [16]) w 5 przypadkach ciężkiej, przewlekłej niedomogi serca, nie mogą mieć większego znaczenia ze względu na bardzo małą liczbę spostrzeżeń. Pribram [17]) podnosi wprawdzie synergistyczne działanie wapnia i naparstnicy na narząd krążenia, wyraża się jednak bardzo wstrzemięźliwie o równoczesnem stosowaniu obu tych środków z obawy przed możliwością szybkiego wystąpienia objawów zatrucia naparstnicą. Jedynie Singer [18]) ujął w ostatnich czasach (1921) zagadnienie chlorku wapnia, jako środka sercowego, z szerszego punktu widzenia i uwzględnił jego stosunek do naparstnicy; dochodzi on do wniosku, że chlorek wapnia jest swoistym środkiem sercowym, potęgującym działanie naparstnicy. Do podobnych wyników dochodzi Danielopolu [19]).

Ten stan rzeczy, tj. bardzo mała liczba prac, i to przeważnie jednostronnych, zajmujących się chlorkiem wapnia, jako środkiem sercowym, skłonił mnie do dokładnego zbadania tego zagadnienia. Badania przeprowadziłem na chorych i na zwierzętach.

Materjał kliniczny stanowiło 19 chorych stałych, w klinice medycznej w roku szkolnym 1922/23, mianowicie: a) 2 przypadki z zupełnie prawidłowym narządem krążenia (Chora P. W. l. 16. L. dz. kl. 172, asthma bronchiale; chora M. W. l. 40. L. dz. kl. 116, Osteomalacia virginalis), b) 6 przypadków wad zastawkowych serca w okresie wyrównania i bez zmian mięśnia sercowego (Chory St. R. l. 28, Sten. valv. semilun. aortae, L. dz. kl. 180; chory W. K. L. 27, Insuff. valv. semil. aortae et sten. valv. mitr., L. dz. kl. 100; chory A. S. l. 45, Mesaortitis luetica subseq. insuff. et stenosi valv. semilun. aortae, arterioscl. periph. luetica min. gr., L. dz. kl. 136; chora E. E, l. 24, Insuff. et sten. valv. mitr., L. dz. kl. 120; chora S. S. l. 20, Insuff. valv. mitr. et insuff. et sten. (?) valv. semil. aortae, L. dz. kl. 128; chory W. K. l. 19, Insuff. valv. mitr., L. dz. kl. 208), c) 11 przypadków przewlekłego zwyrodnienia mięśnia sercowego w okresie mniej lub więcej posuniętej niedomogi czynnościowej, z których w 8 były równocześnie wady zastawkowe (Chora M. F. l. 42, Insuff. et sten. valv. mitr. et myodegen. cordis chr., cyanosis, anasarca, ascites, hydrothorax, hyperaemia pass. hepatis, renum, tract. intest., icterus cyanoticus, arterioscl. periph. min. gr. L. dz, kl. 10; chora M. L. l. 48, Sten et insuff. valv. mitr et myodegen. cordis chr., cirrhosis hep. cardiaca, arterioscl. diff., foramen ovale apertum, L. dz. kl. 44; chora H. B. L. 43, Insuf. et sten. valv. mitr. et myodegen. cordis chronica, cyanosis, anasarca, hydrothorax d., cirrh. hep. cardiaca subseq. ascitide, L. dz. kl. 104; chory J. B. l. 46, Insuff. valv. mitr. et myodegen cordis chr., anasarca, cyanosis, induratio cyan. hep., hydrothorax d., hyperaemia pass. renum, bronchitis diff., asthma cardiac., arterioscl. diff., emph. pulm. alv. ess., L. dz. kl. 4; chory F. R. l. 34, Insuff. et sten. valv. mitr. et myodegen. cord. chr. cyanosis, anasarca, ascites, decubitus incip. reg. glut., arterioscl. periph., L. dz. kl. 24; chora N. J. l. 34, Insuff. et sten. valv. mitr. et myodegen. cordis chr., cyanosis, anasarca, hydrothorax ambilat, ascites, hyperaemia pass. hep. et renum, l. dz. kl. 76; chory K. S. l. 62, Insuff. valv. mitr. et stenosis ostii arter. sin. et arterioscl. diff. subseq. myodegener. cordis chr., cyanosis, dyspnoe, glomerulonephritis chr. diff. in stadio indur. incip., emph. pulm. alv. ess., L. dz. kl. 20; chora R. Ch. l. 35, Lues cardiovascularis mesaortitis subseq. insuff. et sten. (?) valv. semil. aortae, insuff. et sten. mitr., insuff. rel. valv. tricusp., myodegen. cordis chr., hyperaemia pass. hep. maj. gr., dyspnoe, aneurysma art. il. sin. L. dz. kl. 192); w 3 zaś tylko zwyrodnienie mięśnia sercowego (chora M. D. l. 42, Myodegen. cordis chr. subseq. dilatatione cordis totius, cyanosi, dyspnoë, arhythmia perpet., arterioscl. periph. incip. L. dz. kl. 124; chory G. K. l. 53, Myodegen. cordis chr., cyanosis, anasarca, ascites, hyperaemia pass. pulm., hepatis, renum, arterioscl. diff., emph. pulm. alv. ess. maj. gr. L. dz. kl. 154; chory M. J. l. 45, Myodegen. cordis chr., anasarca, cyanosis permagna, ascites, hydropericardium, hyperaemia pass. pulm. et renum, arterioscl. periph., emph. pulm. alv. ess., influenza (?) incip. sub finem vitae, L. dz. kl. 174).

Sposób spostrzegania był we wszystkich przypadkach następujący: Po dokładnem zbadaniu chorego w pierwszym dniu pobytu w klinice, pozostawiano go przez kilka dni

*) Ze względu na szczupłość miejsca, ograniczam się do przytoczenia tylko zasadniczych wniosków z najważniejszych prac.

**) Przytaczam według Langendorffa [1]) i Cheinisse'a [2]).

na leku obojętnym, gdyż już sam spokój fizyczny i unikanie szkodliwych wpływów zewnętrznych sprawia u szeregu chorych z objawami niedomogi serca zmniejszenie się lub nawet ustąpienie tych objawów. W czasie tego wstępnego okresu pozostawał chory w łóżku, dostawał stale taką samą djetę i taką samą ilość płynów. Co najmniej 2 razy dnia badano tętno co do miarowości, częstości, napięcia i wypełnienia, pojawiania się skurczów serca daremnych, nadto oznaczano przyrządem Riva Rocci'ego, również co najmniej 2 razy dnia, o tej samej porze, ciśnienie skurczowe, rozkurczowe i amplitudę ciśnienia, bacząc, by te badania odbywały się ściśle w tych samych warunkach. Z uzyskanych w ciągu jednego dnia wymiarów ciśnienia skurczowego, rozkurczowego i amplitudy, obliczano liczby wypadkowe, które służyły do porównań. Ponadto zwracano uwagę na zachowanie się uderzenia koniuszkowego i wymiarów serca, na liczbę oddechów, obrzęki, wagę ciała, sinicę, ciepłotę, na ilość dobową moczu i na jego nieprawidłowe składniki chemiczne i postaciowe. Białko w moczu oznaczano sposobem Brandberga. Wreszcie badano serce każdego chorego promieniami Roentgena oraz sporządzano krzywe*) uderzenia koniuszkowego serca, tętnicy sprychowej, ramieniowej lub szyjnej, krzywe żył szyjnych i ewentualnie tętna wątrobnego. Gdy wszystkie przytoczone tu objawy ustaliły się na przeciąg co najmniej 3 dni, zaczynałem stosować chlorek wapnia. Tylko w 1 przypadku przez cały czas spostrzegania i w 1 pod koniec spostrzegania stosowałem chlorek wapnia dożylnie w 10% roztczynie wodnym, w jednorazowych dawkach 0·25—0·5 g zresztą zaś podawałem go we wszystkich innych przypadkach per os, gdyż wstrzykiwania dożylne, ze względu na utrudnione bardzo często stosowanie z powodu obrzęków lub braku odpowiednich żył, nie mogłoby się utrzymać w większości przypadków jako długotrwały sposób doprowadzania tego środka do ustroju. Najniższa dzienna, wewnętrzna dawka wynosiła tylko w jednym przypadku, i to przejściowo, 1½ gr, we wszystkich zaś innych zaczynałem od 3 gr dziennie i zwiększałem stopniowo dawkę, dochodząc najwyżej do 20 gr dziennie. Podczas stosowania chlorku wapnia pozostawali chorzy w tych samych warunkach, co i w okresie wstępnym; podobnie, jak i poprzednio, zwracano baczną uwagę na zachowanie się wszystkich powyżej przytoczonych objawów przy użyciu tych samych sposobów badania. Gdy wystąpił wyraźny wpływ chlorku wapnia na narząd krążenia i utrzymywał się przez szereg dni, odstawiano go zupełnie, i to odrazu, a pozostawiano chorego przez parę dni na leku obojętnym, ciągle wśród tych samych warunków, dla wyświetlenia, czy i w jaki sposób wpływa na narząd krążenia nagłe odstawienie chlorku wapnia. W przypadkach o prawidłowym narządzie krążenia i w przypadkach wyrównanych wad zastawkowych, poprzestawano na takiem spostrzeganiu. Natomiast w przypadkach niedomogi mięśnia sercowego poddawano chorego jeszcze kolejno działaniu naprzód samej naparstnicy, gorzykwiatu wiosennego lub diuretyny i kofeiny, niekiedy z równoczesnem podskórnem wstrzykiwaniem kamfory i dożylnem strofantyny, poczem przeprowadzano równoczesne leczenie chlorkiem wapnia i lekami sercowemi i odstawiano następnie jużto naparstnicę, jużto chlorek wapnia, tak że jeden przebieg choroby miewał niekiedy kilka spostrzegań. W ten sposób ogólna liczba moich poszczególnych spostrzeżeń co do działania chlorku wapnia na narząd krążenia wynosi 45. Najmniejsza ilość chlorku wapnia, wyżyta przez jednego chorego w ciągu całego pobytu w klinice, wynosiła 38 gr, najwyższa 325 gr. Najkrótszy czas spostrzegania wynosił 6, najdłuższy 100 dni.

Z powodu braku miejsca nie przytaczam żadnej historji choroby, tylko przechodzę odrazu do szczegółowej analizy wyników badań.

Okazuje się przedewszystkiem, że chlorek wapnia, podawany wewnętrznie u osób tak z prawidłowym narządem krążenia i moczowym, jak i u osób z wadami zastawkowemi serca w okresie zupełnego wyrównania, bez zmian mięśnia sercowego i bez schorzenia nerek, nie wywołuje żadnych zmian w wymiarach serca i w objawach osłuchowych. Liczba tętna przeważnie lekko się wzmagała, niekiedy pozostawała bez zmiany, lub obniżała się, albo zupełnie niejednostajnie wahała. Ciśnienie skurczowe stale się wzmagało i to już w pierwszym, rzadziej w 2. dniu podawania $CaCl_2$. Bezwzględnej zależności przyrostu ciśnienia skurczowego od dawki $CaCl_2$ nie zauważono, na ogół jednak dawki mniejsze (3—6 gr dziennie) wywoływały w tym względzie wybitniejszy wpływ, niż dawki większe. Wzmożenie ciśnienia skurczowego utrzymywało się przeważnie przez cały okres stosowania chlorku wapnia; raz tylko pojawiło się w pierwszym dniu i znikło potem mimo dalszego doprowadzania $CaCl_2$ do ustroju. Ciśnienie rozkurczowe zachowywało się bardzo zmiennie, okazując jużto wzmożenie, jużto obniżenie, lub pozostając na tym samym poziomie; zmiany w jego zachowaniu się pojawiały się już w pierwszym dniu podawania $CaCl_2$, przyczem i tutaj nie było ściślej zależności od wielkości dawek, n. p. tak dawki mniejsze 3 gr., jak i większe 8—10—20 gr, nie wywoływały raz żadnych zmian, drugim razem wzmagały ciśnienie rozkurczowe. Zmiana w ciśnieniu rozkurczowem utrzymywała się przeważnie przez cały czas stosowania $CaCl_2$, lub przynajmniej przez okres podawania dawki, wywołującej wpływ na ciśnienie rozkurczowe. Amplituda ciśnienia wzrosła we wszystkich przypadkach, z wyjątkiem jednego, i utrzymywała się na zwiększonym poziomie przez cały okres stosowania chlorku wapnia. Zwiększenie amplitudy polega stale i w pierwszym rzędzie na wzmożeniu ciśnienia skurczowego, niekiedy przyczynia się nadto do wzmożenia amplitudy równoczesny spadek ciśnienia rozkurczowego. Także i tutaj nie dało się stwierdzić bezwzględnej zależności wysokości amplitudy od wielkości dawki chlorku wapnia. Moczopędne działanie pojawiało się prawie zawsze, jakkolwiek przejściowo i niewybitnie; występowało głównie w okresie dawek większych. Drażniącego działania chlorku wapnia na miąższ nerkowy nie zauważono. Nagłe i zupełne odstawienie chlorku wapnia nie wywołało w żadnym przypadku żadnych zmian ogólnych, natomiast liczba tętna albo się wzmagała, albo też obniżała, mianowicie w tych przypadkach, w których chlorek wapnia wywołał przyśpieszenie. Ciśnienie skurczowe opadało i to już w pierwszym dniu odstawienia chlorku wapnia. Natomiast ciśnienie rozkurczowe i amplituda ciśnienia zachowywały się zmiennie, mianowicie albo się wzmagały, albo spadały, lub też pozostawały bez zmiany. Tak w przypadkach z prawidłowym, jak i chorobowo zmienionym narządem krążenia, zasługuje na uwagę spostrzeżenie, że po spadku dobowej ilości moczu, wywołanym przez odstawienie chlorku wapnia, pojawia się czasem w kilka dni potem przejściowe, mniej lub więcej wybitne wzmożenie się wydzielania moczu.

Stosowanie chlorku wapnia drogą wewnętrzną u osób z przewlekłem zwyrodnieniem mięśnia sercowego w okresie niedomogi przy prawidłowych lub równocześnie chorobowo zmienionych zastawkach serca, wywoływało w większości przypadków wybitne zmniejszenie się, lub nawet znikanie bardzo daleko posuniętych objawów niedomogi serca, tak przedmiotowych, jak i podmiotowych: Wymiary serca zmniejszały się, szmery pochodzenia mięśniowego słabły, liczba skurczów serca daremnych malała, sinica, obrzęki i przesięki, powiększenie zastojowe wątroby, a z tem i waga ciała zmniejszały się, tętno dodatnie żył szyjnych i wątroby malało, lub znikało, duszność ustępowała, liczba oddechów okazywała wahania, zależne od poprawy objawów niedomogi serca, tętno ze słabo lub ledwo macalnego stawało się średnio napięte i średnio wypełnione. Liczba skurczów serca obniżała się mniej lub więcej wybitnie już w pierwszym, najpóźniej w 2. dniu podawania $CaCl_2$; 2 razy pojawiło się w pierwszym dniu lekkie przyśpieszenie czynności serca, które następnie ustąpiło miejsca zwolnieniu. Tylko w jednym przypadku liczba skurczów serca nie zmieniła się, jednakże w tym względzie nie miało wpływu także podawa-

*) Zdjęć sfigmograficznych zrobiłem sto kilkadziesiąt, lecz nie przytaczam żadnego ze względu na wielkie koszta reprodukcji

nie naparstnicy i kamfory. W jednym przypadku, powikłanym przez przewlekłą sprawę nerkową, wystąpiło tylko przyśpieszenie czynności serca. Ciśnienie skurczowe wzmagało się wyraźnie przeważnie już w pierwszym dniu, wzmożenie to było niekiedy przejściowe; bez zmiany pozostało ciśnienie skurczowe w 2 przypadkach, jednakże w jednym z nich stosowanie naparstnicy także nie wzmogło ciśnienia skurczowego. W jednym przypadku, okazującym coraz bardziej postępującą niedomogę serca i zakończonym wreszcie śmiercią, ciśnienie skurczowe nawet spadło; spadek ten nie został jednak powstrzymany także przez kamforę i naparstnicę. Ciśnienie rozkurczowe zachowywało się zupełnie niejednostajnie, jużto trwale lub przejściowo, wzmagając się (4 spostrzeżenia), jużto spadając (5 spostrzeżeń), jużto nie zmieniając się (1 spostrzeżenie), lub wykonując ledwo zaznaczone wahania w górę i w dół (1 spostrzeżenie). Wpływ chlorku wapnia na ciśnienie rozkurczowe objawiał się już w pierwszym dniu. Amplituda ciśnienia zachowywała się zmiennie, jak i ciśnienie rozkurczowe, przeważnie jednak wzrastała (7 spostrzeżeń), rzadziej opadała (2 spostrzeżenia), lub nie zmieniała się (2 spostrzeżenia). Wzrost amplitudy odbywał się z powodu zwiększenia się ciśnienia skurczowego (8 spostrzeżeń), do czego przyczyniało się niekiedy i obniżenie ciśnienia rozkurczowego (1 ze spostrzeżeń przy dożylnem stosowaniu $CaCl_2$), lub też było jedyną tego przyczyną (1 spostrz.). Spadek amplitudy był wywołany przez obniżenie się ciśnienia skurczowego (1 spostrz.), lub przez wzrost ciśnienia rozkurczowego (1 spostrz.). We wszystkich przypadkach z wyjątkiem jednego, gdzie nastąpił spadek dobowej ilości moczu, pojawiło się mniej lub więcej wybitne działanie moczopędne chlorku wapnia, było ono jednak niejednostajne, przeważnie przejściowe, i pojawiało się głównie w okresie dawek większych. Ciężar właściwy moczu wahał się zależnie jedynie od ilości moczu. Drażniącego działania chlorku wapnia na prawidłowy, lub tylko biernie przekrwiony miąższ nerkowy nie zauważyłem; natomiast w jednym przypadku, który przedstawiał równocześnie początkowy okres nerki marskiej, nastąpiło zwiększenie białkomoczu i ilości krwinek czerwonych w osadzie moczu. Podobne działanie, jak przy wewnętrznem stosowaniu chlorku wapnia, uzyskałem również przy stosowaniu dożylnem (2 spostrzeżenia) z tą różnicą, że występowało ono daleko prędzej (4—5 dni) i przy użyciu bez porównania mniejszej ogólnej dawki (2·25—3·5 gr). To dodatnie działanie chlorku wapnia, jakkolwiek nie usuwające w moich przypadkach wszystkich objawów daleko posuniętej niedomogi serca, zasługuje tem bardziej na podniesienie, że w jednym z przypadków przez 5 dni, w drugim nawet przez 3 tygodnie bezpośrednio przed przyjęciem do kliniki stosowano równocześnie leczenie naparstnicą, diuretyną i kofeiną. Natomiast nie uzyskałem żadnej poprawy co do objawów niedomogi serca, przy wewnętrznem stosowaniu samego chlorku wapnia w przebiegu 4 przypadków. Zaznaczyć jednak należy, że w jednym z nich w daleko większym stopniu istniały objawy ze strony narządu nerkowego, niż objawy niedomogi serca, czemby się mógł tłómaczyć brak dodatniego działania chlorku wapnia; w 2 innych przypadkach było bardzo daleko posunięte zwyrodnienie mięśnia sercowego i bardzo wielka jego niedomoga, przyczem trzeba podnieść, że żadnej poprawy nie uzyskano tutaj także mimo energicznego stosowania naparstnicy, kamfory, kofeiny, a nawet strofantyny; jeden z tych chorych zmarł mimo tak energicznego leczenia. Także i w ostatnim przypadku, przedstawiającym również bardzo znaczne zwyrodnienie mięśnia sercowego, nie wywołało z początkiem spostrzegania żadnej poprawy stosowanie naparstnicy i kamfory; dopiero dożylne wprowadzenie 1 mg strofantyny ostatecznie i zupełnie usunęło objawy niedomogi serca. Dodatnie działanie chlorku wapnia ujawnia się jednak w tym przypadku w tem, że poprawa, uzyskana przez strofantynę, utrzymywała się przez 4 tygodnie jedynie przy wewnętrznem stosowaniu 3—6—10 g $CaCl_2$ dziennie, znikła zaś natychmiast z chwilą zupełnego jego odstawienia. Również i drugim razem w tym samym przypadku poprawa, uzyskana przez dłuższe, energiczne stosowanie naparstnicy i kamfory, utrzymuje się przez 23 dni jedynie przy wewnętrznem stosowaniu chlorku wapnia w dziennej dawce 3 gr. Odstawienie nagłe i zupełne chlorku wapnia po wywołaniu już przez niego dodatniego wpływu na narząd krążenia i pozostawienie chorego na leku obojętnym, przeprowadzone w 4 przypadkach, wywołało w 2 przypadkach natychmiastowe i gwałtowne pogorszenie, w postaci pojawienia się duszności, kołatania serca, gniecenia za mostkiem, sinicy, obrzęków, powiększenia się wątroby, zwiększenia się niemiarowości tętna i pogorszenia jego napięcia i wypełnienia; nadto liczba tętna wzrosła, a ciśnienie skurczowe, rozkurczowe i amplituda obniżyły się. W 2 innych przypadkach nie wystąpiła żadna zmiana w ogólnych objawach, jedynie ciśnienie skurczowe, rozkurczowe i amplituda ciśnienia obniżyły się; liczba tętna w jednym z nich zwiększyła się, w drugim nie zmieniła się. Ilość dobowa moczu spadła zaraz, i to wybitnie, w 3 przypadkach, natomiast w jednym po początkowym spadku, przejściowo, lecz wyraźnie wzrosła. Spostrzeżenia te dowodzą szybkiego wyczerpywania się wpływu chlorku wapnia na narząd krążenia.

Stosunek chlorku wapnia, jako środka sercowego do innych leków sercowych, przedewszystkiem naparstnicy, przedstawia się na podstawie moich doświadczeń klinicznych (6 spostrzeżeń) następująco:

W tych przypadkach, w których stosowanie wewnętrznego samego chlorku wapnia nie miało żadnego wpływu na objawy niedomogi (3 spostrzeżenia), nie wywarła żadnego wpływu także i naparstnica, nawet w połączeniu z kamforą, a także i równoczesne stosowanie naparstnicy, kamfory i chlorku wapnia.

Równoczesne, wewnętrzne stosowanie naparstnicy i chlorku wapnia, przeprowadzone w 4 przypadkach, wywołało, w stosunku do wyników działania bezpośrednio przedtem stosowanego samego chlorku wapnia, lub samej naparstnicy, stałe zupełne ustąpienie wszystkich właściwych objawów niedomogi mięśnia sercowego, których przedtem nie zdołało usunąć nawet dłuższe stosowanie samego $CaCl_2$, lub samej naparstnicy. Liczba skurczów serca przy tem skojarzonem leczeniu jeszcze bardziej opadała, ciśnienie skurczowe wzmagało się, rzadziej pozostawało bez zmiany (2 spostrzeżenia); ciśnienie rozkurczowe nie zmieniało się, lub nieco spadało; amplituda przedstawiała drobne, niejednostajne wahania, lub nie zmieniała się. Ilość oddechów w minucie obniżała się, lub nie zmieniała. Natomiast działanie moczopędne stale wzrastało, jakkolwiek przeważnie niejednostajnie i przejściowo. Podobnie i równoczesne stosowanie w jednym przypadku chlorku wapnia i gorzykwiatu wiosennego usunęło resztki objawów niedomogi mięśnia sercowego (puchlina brzuszna, zastojowy nieżyt oskrzeli), których nie zdołało przedtem usunąć stosowanie samego chlorku wapnia i samego gorzykwiatu. W szczególności w stosunku do wyników działania samego gorzykwiatu, podawanego bezpośrednio przedtem, wywołało połączone leczenie temi środkami spadek liczby tętna, wzrost ciśnienia skurczowego, rozkurczowego i amplitudy ciśnienia, zmniejszenie się liczby oddechów, wybitne działanie moczopędne i spadek wagi ciała. Także skojarzone leczenie chlorkiem wapnia, diuretyną i kofeiną (1 spostrzeżenie) dało w stosunku do wyników działania stosowanej bezpośrednio przedtem samej diuretyny z kofeiną szereg objawów dodatnich w postaci zmniejszenia się rozmiarów zastojowej wątroby i jej tętna, zmniejszenia się dodatniego tętna żył szyjnych, lepszego wypełnienia i napięcia tętna sprychowego. Liczba tętna zmniejszyła się, ciśnienie skurczowe wzrosło, rozkurczowe nieznacznie się obniżyło, amplituda ciśnienia zwiększyła się, działanie moczopędne wystąpiło wyraźnie.

Stosunek współdziałania na narząd krążenia chlorku wapnia i naparstnicy wynika nadto z 3 spostrzeżeń, w których, po osiągnięciu dodatnich wyników przez równoczesne podawanie obu tych leków, odstawiono następnie jużto chlorek wapnia, lub naparstnicę, pozostawiając chorego na samej naparstnicy, względnie na samym chlorku wapnia. W jednym przypadku odstawienie chlorku wapnia nie wy-

wołało pogorszenia się ogólnych objawów, natomiast ciśnienie skurczowe i amplituda ciśnienia opadły, ciśnienie rozkurczowe nie zmieniło się, liczba tętna zmniejszyła się, ilość dobowa moczu spadła. W przebiegu drugiego przypadku zrobiono dwukrotnie tego rodzaju doświadczenie, odstawiając za pierwszym razem chlorek wapnia, za drugim zaś naparstnicę; po odstawieniu chlorku wapnia i pozostawieniu chorej tylko na samej naparstnicy, pojawiła się odrazu duszność i kołatanie serca, ilość daremnych skurczów serca wzrosła, obrzęk wątroby zwiększył się, tętno stało się gorzej napięte, gorzej wypełnione i więcej niemiarowe, ciśnienie skurczowe i amplituda spadły, liczba tętna wzmogła się, ilość dobowa moczu spadła, a waga ciała wzrosła. Przy odstawieniu za drugim razem naparstnicy i pozostawieniu chorej na chlorku wapnia i zwiększeniu równoczesnem jego dawki pojawiły się tylko przejściowo duszność i kołatanie serca, liczba tętna wzrosła, ciśnienie skurczowe i amplituda opadły, ilość dobowa moczu spadła. W trzecim przypadku, gdzie przy równoczesnem stosowaniu gorzykwiatu i chlorku wapnia osiągnięto zupełne zniknięcie objawów niedomogi serca, odstawienie gorzykwiatu wywołało przyśpieszenie czynności serca i spadek amplitudy ciśnienia, natomiast ilość dobowa moczu wzrosła. Inne objawy pozostały bez zmiany.

Dla dalszego ocenienia wzajemnego stosunku chlorku wapnia i naparstnicy co do działania na narząd krążenia, należy zaznaczyć, że w jednym przypadku po odstawieniu chlorku wapnia i pozostawieniu chorej przez 2 dni na leku obojętnym — następowe podawanie przez 7 dni naparstnicy w postaci digipuratum, 3 razy dnia 0.1 g, nie powstrzymało pojawienia się sinicy warg w 4. dniu; poza tem nie wystąpiły żadne zmiany w ogólnym stanie. Liczba tętna spadła, ciśnienie skurczowe nieznacznie się wzmogło, ciśnienie rozkurczowe nie zmieniło się, amplituda ciśnienia wzrosła, ilość dobowa moczu nie uległa zmianie. W innym przypadku podmiotowe i przedmiotowe objawy niedomogi serca, które ustąpiły pod wpływem samego chlorku wapnia, zaczęły ponownie się zjawiać na 3. dzień po odstawieniu chlorku wapnia i zarazem na 3. dzień podawania samego digalenu w dawce po 20 kropli 3 razy dnia. W jednym przypadku odstawienie $CaCl_2$ i przejście do digipuratum w dawce 0·1 g 3 razy dnia nie wywołało, poza zmniejszeniem się ilości skurczów serca daremnych, dalszego polepszenia; ciśnienie skurczowe przejściowo wzrosło, rozkurczowe spadło, wskutek czego amplituda ciśnienia wzrosła. Ilość dobowa moczu nie zwiększyła się.

Wpływ chlorku wapnia na narząd krążenia, użytego tak samoistnie, jak i równocześnie z lekami sercowemi, występował już w pierwszym, rzadziej w 2 dniu stosowania, co świadczy o szybkiem działaniu chlorku wapnia.

Dzienne dawki chlorku wapnia, użytego wewnętrznie, wywierające już wyraźny wpływ na narząd krążenia, wynosiły w mych doświadczeniach 8—6—10 gr. Dawki ponad 10 g, a dochodzące do 20 g dziennie, nie wywierały na ogół większego wpływu na narząd krążenia, niż dawki 8—10 g.

Chorzy znosili prawie bez wyjątku dobrze podawanie nawet wysokich dawek chlorku wapnia; jedynie w okresie silnej niedomogi serca występowały niekiedy nudności i wymioty z powodu przekrwienia biernego przewodu pokarmowego. Podawanie w takich przypadkach chlorku wapnia równocześnie z anestezyną usuwało te objawy.

Ostateczne ogólne i zasadnicze wnioski, jakie można wysnuć na podstawie moich spostrzeżeń, co do działania chlorku wapnia na narząd krążenia i jego stosunku w tym względzie do innych leków sercowych, przedewszystkiem naparstnicy, brzmią następująco:

1. U osób z prawidłowym narządem krążenia, jak również u osób z wadami zastawek serca w okresie wyrównania i bez zmian mięśnia sercowego, a nadto bez zmian w narządzie moczowym, — wywołuje wewnętrzne stosowanie chlorku wapnia prawie zawsze przyśpieszenie czynności serca, stałe wzmożenie ciśnienia skurczowego i wzrost amplitudy ciśnienia, który polega w pierwszym rzędzie na wzmożonem ciśnieniu skurczowem, niekiedy zaś jest jeszcze spotęgowany przez równoczesne obniżenie się ciśnienia rozkurczowego. Ciśnienie rozkurczowe zachowuje się zupełnie zmiennie, wahając się w dół i w górę, lub pozostając na tym samym poziomie. Zmian wymiarów serca nie bywa.

2. U osób z przewlekłem zwyrodnieniem mięśnia sercowego i ewentualnemi zmianami zastawek w okresie mniejszej lub większej niedomogi serca wywołuje wewnętrzne stosowanie chlorku wapnia wybitne wzmożenie pracy serca, nie usuwa natomiast jej niemiarowości. Czynność serca stale zwalnia się, niekiedy po początkowem, przejściowem przyśpieszeniu. Ciśnienie skurczowe wzmaga się, amplituda ciśnienia przeważnie wzrasta, przedewszystkiem z powodu zwiększenia się ciśnienia skurczowego, czasem i z powodu równoczesnego obniżenia ciśnienia rozkurczowego. Ciśnienie rozkurczowe zachowuje się zmiennie, jak i u osób z sercem zdrowem. Objawy te występują w krótszym czasie i po mniejszej dawce przy dożylnem stosowaniu chlorku wapnia.

3. Równoczesne stosowanie chlorku wapnia i leków sercowych, w pierwszym rzędzie naparstnicy, wywołuje znacznie wybitniejsze działanie, niż stosowanie każdego z tych leków z osobna.

4. Działanie sercowe chlorku wapnia szybko występuje i szybko się wyczerpuje.

5. Chlorek wapnia działa wyraźnie czasem nawet wybitnie moczopędnie, tak u osób z prawidłowym, jak i chorym narządem krążenia; działanie to jest jednak niestałe i niejednostajne. Na uwagę zasługuje pojawianie się niekiedy przejściowego wzmożenia ilości moczu w kilka dni po odstawieniu chlorku wapnia. Zdrowa, lub tylko biernie przekrwiona nerka, nie okazuje zadrażnienia pod wpływem chlorku wapnia. Co się tyczy mechanizmu moczopędnego działania chlorku wapnia, t. zn., czy polega on tylko na wzmożonej pracy serca, czy też na wzmożonem ciśnieniu tętniczem, czy na wpływie na miąższ nerkowy, lub na tkanki objęte przesiękiem, czy też jest zależny od wszystkich tych czynników razem — to zagadnienie to nie da się rozstrzygnąć na podstawie moich spostrzeżeń. Zagadnienie to musiałoby stanowić temat odrębnej pracy. Zaznaczę tylko, że Loewenberg [20]) nie przyjmuje za przyczynę moczopędnego działania chlorku wapnia wzmożonej energji skurczów serca; do tego wniosku dochodzi na tej podstawie, że dożylne stosowanie dawek 0·1—1 g $CaCl_2$, okazujących już bardzo wybitne działanie na serce, nie wywoływało w jego doświadczeniach żadnego działania moczopędnego.

6. Dawki dzienne chlorku wapnia, stosowane wewnętrznie, wywierające wyraźny wpływ na narząd krążenia, wynoszą 3—10 gr.

Uwzględniając objawy działania chlorku wapnia na narząd krążenia, mianowicie wzmocnienie pracy serca, zwolnienie jego czynności i równoczesne zwiększenie ciśnienia tętniczego i amplitudy, znajdujemy znaczne podobieństwo do działania naparstnicy. Dokładne wykazanie podobieństw lub różnicy w działaniu obu tych środków może dać oczywiście tylko doświadczenie na zwierzęciu. Jednakże już na podstawie przytoczonych tu spostrzeżeń klinicznych zaznaczają się następujące różnice w działaniu sercowem chlorku wapnia i naparstnicy:

1. Działanie naparstnicy występuje powoli i utrzymuje się dłuższy czas po jej odstawieniu; przeciwnie działanie chlorku wapnia na serce zjawia się szybko, lecz i bardzo szybko się wyczerpuje, wskutek czego objawy niedomogi serca, usunięte przez dłuższe stosowanie chlorku wapnia, wracają niekiedy natychmiast i w gwałtowny sposób po nagłem i zupełnem odstawieniu chlorku wapnia, co stanowi ujemną stronę tego środka.

2. Naparstnica działa na mięsień sercowy nietylko przez zwiększenie siły skurczu, ale i przez wzmożenie siły rozkurczu, wskutek czego zwiększa się amplituda ciśnienia. Z moich spostrzeżeń wynika, że amplituda ciśnienia wprawdzie wzmaga się pod wpływem chlorku wapnia, lecz, że przyczyną tego wzmożenia jest przedewszystkiem wzrost ciśnie-

nia skurczowego. Możemy z tego pośrednio wnosić, że prawie wyłączną przyczyną zwiększenia amplitudy ciśnienia pod wpływem chlorku wapnia jest wzmożony skurcz mięśnia sercowego, gdy wzmożenie rozkurczu nie gra żadnej, lub nieznaczną rolę.

3. Chlorek wapnia wywołuje u osób ze zdrowym narządem krążenia, lub nieprawidłowym, lecz w okresie wyrównania, przeważnie przyśpieszenie czynności serca.

Na pytanie, będące tematem tej pracy, mianowicie, czy chlorek wapnia posiada cechy, uprawniające do zaliczenia go w poczet środków sercowych, należy więc ze stanowiska klinicznego odpowiedzieć twierdząco, czyniąc równocześnie następujące wskazania i zastrzeżenia:

1. Przy groźnych objawach niedomogi serca jest wskazane stosowanie chlorku wapnia równocześnie z naparstnicą celem przyśpieszenia i wzmożenia jej działania; natomiast stosowanie samego chlorku wapnia należy przeznaczyć dla przypadków lżejszych objawów niedomogi mięśnia sercowego.

2. Chlorku wapnia, zwłaszcza stosowanego samoistnie, nie należy odstawiać nagle, lecz stopniowo i powoli.

3. Chlorek wapnia, stosowany w przerwach między podawaniem naparstnicy, nadaje się do przeprowadzenia długotrwałego leczenia naparstnicą.

Wyniki moich spostrzeżeń klinicznych zgadzają się, jak widać z przytoczonych na wstępie danych z piśmiennictwa, zupełnie z wynikami i wskazaniami dla stosowania chlorku wapnia, jako środka sercowego, stwierdzonemi przez innych, w pierwszym rzędzie przez Singera[18]). C. d. n.

Dr. Wł. FILIŃSKI, st. asystent kliniki Warszawa.

Wstrząs po dożylnem wlaniu hypertonicznego roztworu cukru gronowego.

Z I. Kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego. (Dyrektor prof. dr. A. Głuziński).

Jak wiemy, leczenie dożylnemi wstrzykiwaniami cukru gronowego wprowadził Büdingen w chorobach serca szczególniej w stanach t. zw. »kardiodystrofji«. Oprócz działania na serce i na naczynia stwierdzono doświadczalnie, jako dalsze objawy, zwiększone wydzielanie moczu, wskaźnika oddechowego i produkcji ciepła. Chorzy znoszą te wstrzykiwania dobrze i po nich daje się zauważyć stan pewnej euforji. Moraczewski i Lindner nie zauważyli po wstrzykiwaniach 50 gr. dekstrozy wpływu ani na ciepłotę ani na obraz krwi. Coprawda taka sama ilość lewulozy powodowała gorączkę i spadek ogólnej ilości białych ciałek krwi. Inni autorowie stwierdzają jednak niekiedy niepożądane objawy i po cukrze gronowym. Należą tu dreszcze i umiarkowane podwyższenia ciepłoty ciała, które Moewes uzależnia od zbytniej wrażliwości niektórych osobników. Lawrence Litschfield stwierdzał taki odczyn w 13 odsetkach swoich przypadków. Woodyat, Sansum i Wilder spostrzegali dwa przypadki, które miały nawet pewne cechy wstrząsu. Ponadto zdarzały się przypadłości innego charakteru. Naprzykład Niemeyer widział napady bólów, a więc bóle głowy, napady dusznicy bolesnej, bóle wzdłuż tętnicy udowej. Było to u chorych dotkniętych miażdżycą, a skłonnych do skurczów naczyniowych. Ciężkie skutki wstrzykiwań hypertonicznych roztworów cukru gronowego podają Klewitz i Kircheim. W jednym z ich przypadków (*myodegeneratio cordis*), po dokonanym zabiegu stan się znacznie pogorszył i doprowadził wkrótce do śmierci. W drugim nastąpił groźny stan osłabienia serca i objawy obrzęku płuc, które udało się im jednak pokonać. Te niepożądane skutki tłómaczy Klewitz i Kircheim nieodpowiednią jakością wody destylowanej, jakkolwiek sami ją przygotowywali, gdyż odkąd zaczęli używać wody z ampułek od Freseniusa z Frankfurtu, to zaburzenia po wstrzykiwaniach cukru już się nie zjawiały. Büdingen gotów jest również pogodzić się z takiem tłómaczeniem.

W związku z temi spostrzeżeniami, ogłoszonemi w piśmiennictwie, podajemy dwa przypadki ciężkich zaburzeń po wstrzyknięciu hypertonicznego roztworu cukru gronowego, które mieliśmy możność widzieć w klinice prof. Głuzińskiego.

I. Pierwszy dotyczy chorej Z. P. 59 lat liczącej, cierpiącej na przewlekłe zapalenie nerek. Skarży się ona często na bóle głowy i na występujące od czasu do czasu nudności. Przedmiotowo stwierdza się nieznaczny przerost lewego serca i twarde, napięte tętno. Ciśnienie krwi w art. brachialis 165 według Riva-Roci. Stolce zaparte. Ilość dobowa moczu około 1000 cm³. Ciężar gatunkowy 1005. Białka 0,5‰. W osadzie nieliczne ciałka czerwone krwi, ciałka wypocinowe, szkliste i ziarniste wałeczki. We krwi mocznika 2‰, chlorków 0,73%. Ciałek czerwonych 3,230.000. Hemoglobiny 60%. Ciałek białych 9800 z ustosunkowaniem: limfocytów 29%, dużych jednojądrzastych 1%, obojętnochłonnych wielojądrzastych 69%, kwasochłonnych 1%. Wstrzyknęliśmy chorej dożylnie 20 cm³ 50% roztworu cukru gronowego. Po 15 minutach chorą opanowało uczucie lęku. Następnie wystąpiła wybitna sinica całego ciała i zjawiły się gwałtowne dreszcze. Kończyny były zimne. Tętno niemacalne. Tony serca słabo słyszalne, 120 uderzeń na minutę. Wobec takiego stanu zastosowano energiczne zabiegi, polegające na rozcieraniu całego ciała i gorących okładach. Na skutek tego zjawiło się najpierw tętno, a później ustąpiły dreszcze. Ciepłota ciała, która zawsze była prawidłowa, podniosła się do 40° C i chora uspokoiła się prawie zupełnie. Po sześciu godzinach ciepłota powróciła do zwykłej wysokości. W ciągu tego czasu chora oddała pięć razy wolny stolec. Z dalszego przebiegu należy nadmienić, że rozwolnienie trwało jeszcze przez noc. Później wystąpił jednak wynik leczniczy, który się zaznaczył dwukrotnie zwiększoną ilością moczu i wzrośnięciem jego ciężaru gatunkowego. Bole głowy i nudności ustąpiły zupełnie. Zawartość mocznika we krwi spadła do 0,6‰, a chlorków pozostała bez zmiany. Ciśnienie krwi obniżyło się do 140 według Riva-Roci. Tętno zrobiło się mniej napiętem.

II. Drugi przypadek, aczkolwiek o znacznie łagodniejszym przebiegu dotyczył chorej L. G., leżącej w klinice z powodu przerostowej marskości wątroby (cirrhosis hepatis hypertrofica Hanot).

Przypadłości, z jakiemi mieliśmy do czynienia w tych dwuch przypadkach, nie możemy odnieść ani do jakości cukru, ani do jakości wody, gdyż ten sam preparat, rozpuszczony w tejże samej wodzie stosowaliśmy w innych przypadkach bez jakichkolwiek zaburzeń. Upatrujemy w tem zjawisku wstrząs, który się przejawił w osłabieniu czynności serca i w odpływie krwi z naczyń obwodowych do narządów wewnętrznych. Jako objaw wstrząsu należy również rozpatrywać zaburzenia w przewodzie pokarmowym, które doprowadziły tu do rozwolnienia stolców. Przyczynę opisanych zaburzeń gotowi jesteśmy widzieć nie w specjalnej wrażliwości tych osobników, a może w samych sprawach chorobowych. W pierwszym przypadku długotrwałe zapalenie nerek doprowadziło do nagromadzenia w ustroju rozmaitych substancyj, czego dowodem jest zawartość 2‰ mocznika we krwi. Toteż wlanie hypertonicznego roztworu cukru mogło tu łatwo doprowadzić do zaburzenia równowagi płynów ustrojowych. W drugim przypadku zaburzeniom tym zdaje się sprzyjać znaczna niedomoga wątroby.

Wniosek praktyczny z naszych spostrzeżeń jest ten, że trzeba być ostrożnym z dożylnem wlewaniem hypertonicznych roztworów cukru gronowego w tych w przypadkach, w których mamy do czynienia z poważnem, przewlekłem cierpieniem nerek lub ze znacznem schorzeniem wątroby.

Piśmiennictwo.

1. Stejskal K. Grundlagen der Osmotherapie. Wien 1922. 2. Klewitz F. i Kircheim R. Klin. Woch. 1922 N. 28. str. 1397. 3. Moraczewski V. i Lindner E. Jour. de Physiol. et de Patol. gén. 1921, Tom XIX str. 202. 4. Moeves C. Med. Klin. 1923 N. 6 str. 177. 5. Büdingen Th. Klin. Woch. 1923 N. 4. str. 169. 6. Niemeyer R. Zeitschr. f. klin. Med. 1922, T. 95 str. 405.

A. SABATOWSKI i F. KMIETOWICZ ml. Lwów.

O termicznym i osmotycznym wpływie wody na przewód pokarmowy i ustrój zwierzęcy w ogólności.

(Z Zakładów Patologji Ogólnej i Farmakologji Uniw. J. K. we Lwowie. - Prof. M. Franke).

(Dokończenie).

Zbierając wyniki doświadczeń ze stosowaniem zimnej i gorącej wody, tak do żołądka, jak i do jelita grubego, widzimy, że wszystkie te urazy działają tem wyraźniej, im ciepłota bodźca bardziej się oddala od ciepłoty żołądka lub jelita. Odczyny na te bodźce są wyraźnie dwufazowe i to bez

względu na ich jakość (zimne czy gorące), a tylko zależnie od różnicy ciepłoty między ciałem a bodźcem t. j. od ich nasilenia w tem znaczeniu, że bodźce silne dają bardzo wyraźną leukopenję, mononukleozę i skrócenie czasu krzepnienia krwi, zaś bodźce słabsze dają te zjawiska w stopniu słabszym, tak co do liczbowego nasilenia, jak i co do czasu trwania. Po fazie t. zw. leukopenicznej (— o ile ją zwierzę przetrzymało —) występuje faza leukocytozy wielojądrzastej i zwolnienie czasu krzepnienia krwi. Ta faza jest tem wyraźniejsza, im poprzednia była słabiej zaznaczona; jednak przy bodźcach bardzo słabych obie fazy zanikają prawie zupełnie. Środki, hamujące działanie nerwu błędnego, jak atropina, albo-też dające przewagę nerwu współczulnego — jak adrenalina — osłabiają lub znoszą fazę leukopeniczną odruchu. Ruch mięśniowy osłabia również fazę leukopeniczną, a potęguje leukocytozę.

Zastosowanie po raz drugi takiego samego bodźca w okresie narastania objawów pierwszej fazy, potęguje objawy, natomiast po przesileniu fazy nie zatrzymuje dalszego zwrotu ku fazie leukocytozy. Płukanie stałe żołądka i jelita grubego przez 6—10 minut daje największe wyniki w zakresie odczynu.

Nakoniec dodać należy, że wahania w ilości ciałek czerwonych są w czasie całego zjawiska niewielkie, zaś wahania cukru krwi i azotu resztkowego bywają dosyć znaczne. Objawy te podlegają nieznanym nam jeszcze prawom. Powtarzanie przez 6 dni z rzędu tego samego doświadczenia z wodą 43° C daje niezmiennie tesame wyniki.

Często spostrzega się wtórne, znacznie osłabione fale leukopenji i leukocytozy, następujące po sobie w pierwotnym porządku, a jedynie coraz słabsze. Razem spostrzegaliśmy w jednem doświadczeniu 3 fazy leukopeniczne.

Fazy leukopenji i leukocytozy nie pokrywają się dokładnie czasowo z fazami przyśpieszenia i zwolnienia krzepnienia krwi. Objaw ten spostrzegał jeden z nas (S.) już poprzednio, badając z Czubalskim krzywą krzepliwości krwi i leukocytozy u ludzi w chorobach ostrych, jak n. p. zapalenie płuc [1]).

Zwierzęta, u których stosowano co kilka dni, a nawet codzień płukanie jelita grubego, rzadko tylko traciły na wadze, a nawet nieraz przybywały, o ile płukano ciepłą wodą u zwierząt młodych i przy dobrym stanie sił. Zwracamy na to uwagę, ponieważ zbyt pochopnie uważa się każde płukanie grubego jelita jako środek odtłuszczający, a nawet wprost wychudzający. Opisywano wprawdzie zanikanie nadmiernego tłuszczu, ale są też spostrzeżenia nad przybytkiem wagi u ludzi przy leczeniu drogą płukań jelitowych ciepłych. Działanie tego zabiegu wydaje się więc raczej regulującem t. j. zbliżającem stan odżywienia do średniej miary. Prawdopodobnie dalsze badania nad ruchem cukru, azotu, wody i soli we krwi przyniosą tu wyjaśnienie. Przypominamy, że wahania w ilości cukru we krwi spotyka się przy kąpielach chłodnych i gorących (Arnoldi) i że Bergonié widywał przy stosowaniu ogólnej diatermji przyrosty wagi ciała u osób chudych, raz nawet 14 kg. w przeciągu 35 dni.

Płukanie tak żołądka, jak jelita, i to tak zimną jak i gorącą wodą działa wyraźnie moczopędnie. Zwierzęta nasze, niekarmione i niepojone przez 18 godzin, bardzo często oddawały znaczne ilości moczu tuż po zabiegu. O ile jednorazowe oddanie moczu po zadrażnieniu można odnieść do skurczu pęcherza moczowego i wydalenia zaległości, to powtórne i rychłe oddanie większej ilości moczu przez zwierzę niepojone tak długo, może być już dowodem działania moczopędnego, zwłaszcza, że opróżnienie żołądka przez przetokę mogliśmy skontrolować, a psy uczyły się wypierać z kiszek wlewaną wodę. Działanie moczopędne kąpieli i innych zabiegów wodnych na skórę jest oddawna znane. Zjawisko to można tłumaczyć tylko zmianą stanu pęcznienia koloidów ustroju pod wpływem bodźca termicznego.

Do zaburzeń koloidowych odnieść należy także wahania w czasie krzepnienia krwi.

[1]) Praca ta z roku 1913/14, dotychczas nie została ogłoszona z powodu zaginięcia w czasie wojny znacznej części protokółów doświadczeń.

Zjawisko leukopenji i leukocytozy natomiast uważa się dziś ogólnie za objaw przesunięcia ciałek białych wielojądrzastych w łożysku krwi od naczyń zwężonych ku rozszerzonym oraz ułożenia ich przyściennego w naczyniach rozszerzonych. Objaw ten zależy od układu nerwowego mimowolnego. Jest zrozumiałem, że wobec innej przyczyny zmian w krzepliwości krwi, a innej w rozmieszczeniu leukocytów, oba te objawy nie idą dokładnie równolegle ze sobą. Ciśnienie krwi tętnicze wykazuje jeszcze większą niezależność, gdyż ulega znacznym wahaniom tylko pod wpływem bodźców o wstrząsowem nasileniu. Nie mówimy tu oczywiście o mechanicznem przeładowaniu krążenia nadmiarem wypitej wody.

Pewne spostrzeżenia co do wpływu ciepłoty wody na ustrój datują jeszcze z pierwszej połowy XIX wieku. O badaniu przez Winternitza wpływu na ciepłotę ciała już wyżej była mowa. Tu przypominamy jeszcze, że w r. 1852 Lichtenfels i Fröhlich opisali zwolnienie tętna przy piciu zimnej wody i to tem wyraźniejsze, im woda była zimniejsza, a trwające około 40 minut, a zatem przez czas, jaki wedle naszych badań, potrzebny jest do zupełnego ogrzania wypitej wody. Zwolnienie tętna w chłodnej kąpieli również oddawna jest znane i przypisywane podrażnieniu nerwu błędnego. Winternitz wykazał przed 30 laty, że zimne zabiegi wodolecznicze, stosowane na skórę, powodują przemijającą leukopenję z następową leukocytozą i on już przypuszczał, że nie chodzi tu o rozpad lub nowotworzenie się, tylko o zmiany w rozmieszczeniu ciałek białych, co obecnie Tinel i Santenoise, Glaser i E. F. Müller wykazali dowodnie, Böcker spostrzegł w r. 1854, że już w 30 minut po wypiciu wody zimnej krew ludzka jest gęstszą niż po 24 godzinnem wstrzymywaniu się od wody. Spostrzegał więc on odpęcznienie białek krwi, ale nie umiał sobie tego zjawiska wytłumaczyć. Jednakowoż już on próbował i to z dobrym skutkiem, podawać zimną wodę do picia przy obrzękach zastoinowych. Tosamo stosował Winternitz i również widział dobre wyniki. Brosch, Aufschnaitter i Zimmer widzieli takie same dobre wyniki przy stosowaniu chłodnych hegarów. Silne moczopędne działanie truskawieckiej „Naftusi", zdaniem naszem, zależy w części również i od jej niskiej ciepłoty.

Tak więc mielibyśmy dotychczas wyjaśnione do pewnego stopnia działanie wody zimnej i gorącej na bilans wody w ustroju. Ukaże się ten wpływ w nieco innej postaci, niż dotychczas go przyjmowaliśmy. Określenie go jako „przepłukanie ustroju" trzeba dziś zaopatrzyć już komentarzem, że prawdopodobnie nie ta woda opuszcza ustrój, którą dopiero co wlaliśmy, lecz woda, która już dawniej w ustroju się znajdowała. Przemawia za tem niezmiernie krótki czas (nieraz mniej niż 30 minut), jaki upływa od wlania do wydalenia i obraz zmian we krwi, występujący także tak szybko, a więc ruch soli, cukru, azotu pozabiałkowego i wody (Arnoldi, Ettinger i inni). Przemawia za tem dalej wynik płukania jam ciała wodą bez pozostawienia jej w ustroju, a przez analogję, działanie moczopędne kąpieli zimnych i gorących oraz diatermji.

Z punktu widzenia terapji najciekawszem jest zjawisko, że odruch ustroju w tym przypadku może iść poza granice status quo ante i spowodować n. p. wessanie przesięków. Tego rodzaju odczyn jest dowodem wartości terapeutycznej bodźca.

Wobec tego, że działanie zimnej i gorącej wody na ustrój, czy to w postaci kąpieli zewnętrznej, czy płukania wewnętrznego, wykazuje daleko idące analogje, warto przypatrzeć się jeszcze stosunkom wielkości powierzchni, na jaką te bodźce mogą zadziałać. Najmniejszą jest powierzchnia ściany żołądkowej, natomiast powierzchnia ściany jelita grubego wynosi średnio około $^1/_4$ m^2 i równa się połowie powierzchni skóry całego tułowia. To nam tłumaczy, dlaczego bodźce, stosowane do żołądka, przyzwyczajonego zresztą do nich, działają słabiej, niż stosowane do jelita grubego. Wobec wysokiej ciepłoty jelita, a znacznie niższej ciepłoty skóry, chłodne bodźce termiczne działają bez porównania silniej z jelita na całość ustroju, niż ze skóry. W dodatku śluzówka

jelita ze swym dobrze wsysającym nabłonkiem jest znakomitym odbiorcą bodźców osmotycznych dla których nabłonek skóry jest prawdopodobnie w wysokim stopniu obojętny.

Oczywiście nie przypuszczamy, żeby picie wody lub płukanie jelita zwykle działało leczniczo, jako wstrząs. Wedle Besredki i Widala bodźce, wywołujące wstrząs, działają przeciwnie uodporniająco, jeśli się je stosuje w natężeniu o wiele słabszem niż wstrząsowe. W tem, jak sądzimy, często polega wartość lecznicza tych zabiegów z punktu widzenia bodźca termicznego. O innych walorach wód mineralnych, umyślnie tu nie mówimy, aby nie zaciemniać obrazu. Że picie zimnej wody jest codziennym naszym zwyczajem, nic to na rzeczy nie zmienia. Na działanie słońca wystawiamy się również codzień, a mimoto wiemy, jak silnym bodźcem jest światło słoneczne i jak możemy go wyzyskać dla celów leczniczych oraz jak trzeba nieraz uważać, aby nie dopuścić do uszkodzenia ustroju przez ten tak powszedni czynnik.

Stosowanie zimnej i gorącej wody w odpowiednio silnych dawkach daje też wszystkie odczyny od wstrząsowych aż do uodporniających. Utonięcie w bardzo zimnej kąpieli jest najprawdopodobniej wynikiem wstrząsu, lekki wstrząs w postaci zblednięcia, zawrotu głowy, wymiotów i biegunki widuje się u dzieci po zimnej kąpieli rzecznej. Zdaje się, że stary przepis, aby dzieci nie kąpać w rzece po jedzeniu, a więc wtedy, gdy mają leukopenję trawienną, jest uzasadniony bystrem spostrzeganiem. Kąpiele zimne dają czasem i u dorosłych ból głowy, nudności i biegunkę. Natomiast uodporniające znaczenie chłodnych zabiegów wodoleczniczych jest uznane ogólnie nietylko w lecznictwie, ale także w higjenie życia codziennego. Jeśli Chodounski nie mógł na sobie samym wywołać objawów chorobowych przez wystawianie się na t. zw. »przeziębienie« na wycieczkach i po zimnych kąpielach, to można tym doświadczeniom zarzucić, że były nieodpowiednio przeprowadzone. Ruch mięśniowy (w pierwszym przypadku) bowiem znosi w znacznym stopniu fazę wstrząsową (leukopeniczną), jak to w naszych doświadczeniach wykazaliśmy i jak tego codzienne spostrzeganie uczy, zaś tam, gdzie jednorazowe ziębienie nie daje chorobowych wyników (jak w drugim przypadku), tam można je otrzymać, stosując ten uraz kilkakrotnie przez szereg dni. Kowalski wykazał w r. 1908 na 16-tu zdrowych, młodych ludziach, że stosowanie 4 razy dziennie przez 5 do 14 dni zimnych kąpieli i natrysków spowodowało u wszystkich tych osobników podwyższenie ciepłoty do 37.6° C, ból głowy, uczucie rozbicia ogólnego i objawy nieżytowe spojówek, nosa i gardła, słowem objawy t. zw. »przeziębienia«. Ten wynik doświadczeń był Kowalskiemu niejasnym, nie umiał on wytłumaczyć go sobie zgodnie z ówczesnemi poglądami. Dziś chyba dla nikogo taki wynik zagadkowym nie będzie. Doświadczenia Makai'a nad codziennemi zastrzykami surowicy końskiej dzieciom, przyczem objawy wstrząsowe występowały nieraz dopiero po 80-tym zastrzyku — są zupełnie analogiczne. Podobne objawy jak Kowalski, spostrzegali i opisali Włosi przy leczeniu kąpielami gorącemi. Amicarelli otrzymywał stany gorączkowe u osób zupełnie wolnych od świeżych zakażeń przez stosowanie gorących kąpieli cieplicznych w Bagnoli, zaś Arienzo w innem zdrojowisku. T. zw. »zaziębienia« przez jazdę kilka lub kilkanaście godzin w przegrzanym wagonie kolejowym należą prawdopodobnie także do takich zjawisk. Udar słoneczny jest napewno wstrząsem. Na zwierzęciu wstrząs śmiertelny przez przegrzanie otrzymali Richet mł., Policard, Jolly i Vincent, przez ziębienie zaś my.

Stosowanie zimna do żołądka może wywołać objawy wyraźnego wstrząsu także u człowieka. Przypominamy tu uszkodzenia, występujące po pośpiesznem zjedzeniu wielkiej ilości lodów lub po wypiciu bardzo zimnego piwa. Stosowanie hegara z wody lodowej, polecane przez Ortnera, jest oparte na leczeniu wstrząsem. Od jakiej ciepłoty przestaje hegar chłodny dawać u człowieka objawy poronne wstrząsu, nie wiemy. Ciepłoty poniżej tej granicy leżące będą stopniowo coraz bardziej drażniące i mogą znaleźć, jako takie, zastosowanie w lecznictwie, podobnie jak ciepłoty wyższe od ciepłoty ciała. Doświadczenia zdrojowisk francuskich oraz dawnych i nowszych hydroterapeutów wykazują, że tak, jak chłodne i gorące kąpiele, tak samo chłodne i gorące płukania jelita oraz gorące płukania pochwy przyśpieszają znacznie wsysanie wysięków pozapalnych jamy brzusznej i opłucnowej, zgrubień zapalnych w narządach, przyśpieszają poprawę schorzeń wątroby i t. p. O wpływie na przesięki oraz na stan odżywienia mówa była wyżej. Oczywiście płukanie pochwy, wobec jej rozmiarów jest zabiegiem mniej energicznym, niż płukanie jelita. Płukanie żołądka daje również wyniki, idące poza granice powrotu do status quo ante. Poprawienie się wydzielania śluzówki, lepsza sprawność mięśniówki ściany żołądkowej, zmniejszanie się skurczu odźwiernika oraz ustępowanie objawów podmiotowych — są to następstwa zabiegu, których mechanicznem usuwaniem zaległości żołądkowych, soku lub śluzu żołądkowego nie można wyjaśnić w sposób wystarczający. Kilku lub kilkunastodniowe płukanie, po kilka litrów wody alkalicznej lub alkaliczno-słonej dziennie, daje nieraz poprawy na długie miesiące. Picie kilku dawek wody rano naczczo w małych odstępach czasu ma działanie podobne.

Kilkudniowe stosowanie hegarów usuwa nieraz na czas dłuższy zaparcie stolca.

Osobnicze wahania w oddziaływaniu na te bodźce są dosyć znaczne. Zauważyli je już Lichtenfels i Fröhlich oraz Winternitz w odniesieniu do tętna i oddechu u ludzi, my zaś spostrzegaliśmy niejednokrotnie na psach. Nawet jeden i ten sam pies oddziaływał w różnych dniach nieco odmiennie na taki sam bodziec. Zależy to prawdopodobnie od chwilowego stanu sił oraz od pobudliwości układu nerwowego mimowolnego i równowagi między nerwem błędnym, a współczulnym w danej chwili.

Nad działaniem bodźca cieplnego rozwiedliśmy się dłużej dlatego, że był on dotychczas niedoceniany. Inaczej jest z bodźcem osmotycznym, którego działanie było przedmiotem wielu prac wyczerpujących. Zajęliśmy się więc nim tylko o tyle, o ile on ściśle się łączy ze stosowaniem wody do żołądka i jelita grubego, a szczególną uwagę poświęciliśmy roztworom soli przeczyszczających ze względu na leczenie zdrojowe wodami glauberskiemi i magnezowemi. Ponieważ żołądek jest na anizotonję swej treści bardzo odporny, stosowaliśmy jedynie płukania jelitowe, a prócz tego badaliśmy zachowanie się krwi po wypiciu roztworów soli przeczyszczających.

Wszystkie badania termiczne, powyżej opisane robione były wodą wodociągową, a więc hypotoniczną, wobec śluzówki jelita, i pod tym względem wszystkie poprzednio opisane doświadczenia obejmują także w sobie bodziec anizotonji. Francuskie cieplice, używane do płukań są wszystkie wybitnie hypotoniczne.

Woda izotermiczna wodociągowa dawała lekkie wahania w czasie krzepnienia krwi bez wyraźnych zmian w ilości leukocytów. Solanka 3% izotermiczna dawała po zaznaczonej leukopenji wyraźną leukocytozę (przyrost o 80%), solanka 6% dawała wyraźne obie fazy i zmienne wahanie w krzepliwości krwi, solanka 10% dała leukopenję, trwającą 45 minut, a potem silną leukocytozę (do 30%), która narastała i trwała przez więcej jak 8 godzin po płukaniu. Krzepliwość krwi wahała się, ale była wogóle raczej zwiększona. Zwierzę wykazywało, prócz tego podwyżkę ciepłoty w kiszce stolcowej o 1° C. na szczycie leukocytozy. Rozmaite przymieszki do hegara wpływają swoiście na odczyn ustroju. Np. hegar izotoniczny i izotermiczny z dodatkiem peptonu dał po płukaniu 5 minutowem, wyraźną leukocytozę i przedłużenie czasu krzepnienia krwi. Filiński widział u ludzi leukopenję po hegarze odżywczym, Rubino i Varela po hypertonicznym (3 do 25%) roztworze cukru.

Podawanie psom hypertonicznych (3%) roztworów siarczanu sodowego lub magnezowego, albo też soli Morszyńskiej per os powodowało rzadki stolec wśród objawów leukopenji i znacznego skrócenia czasu krzepnienia krwi. Im stolec był rzadszy, tem objawy ze strony krwi były wyraźniejsze. Przy stolcu twardym, lub, gdy brak go było zupełnie, występowała lekka leukocytoza i zwolnienie czasu krzepnienia w tymsamym okresie czasu. Przypomina się tu dawne przysłowie »qui bene purgat, bene curat« oraz stary zwyczaj podawania środków przeczyszcza-

jących chorym z wysiękiem opłucnowym, a także ogromna niegdyś popularność leczenia przeczyszczającego sposobem Morisona, lub dziś cholekinazą.

W każdym razie przewód pokarmowy jest — jak widzimy — bardzo dobrem miejscem zaczepienia dla bodźców leczniczych, termicznych i osmotycznych. Polskie zdrojowiska, z których niektóre rozporządzają skromnemi zapasami wód, nie pozwalającemi na rozszerzenie zakładu kąpielowego, powinny zastosować u siebie płukania żołądka i jelita jako dobry sposób leczenia nieswoistego, pozwalający na znacznie ekonomiczniejsze stosowanie wody, niż przy leczeniu kąpielowem.

Na płukanie żołądka zużywa się średnio 5—6 litrów wody, dla jelita grubego potrzeba około 10—12, zaś kąpiel średnio głęboka spotrzebowuje około 250 litrów wody. Jest to oszczędność ogromna w zużyciu wody, a także i w paliwie, potrzebnem do jej ogrzania, co w naszych stosunkach nie jest rzeczą bez znaczenia.

O ile płukanie żołądka, przy znacznej jego odporności na bodziec termiczny i osmotyczny, ma znaczenie głównie tylko w leczeniu chorób samego żołądka, o tyle płukanie jelita grubego może znaleźć u nas szerokie zastosowanie w zdrojowiskach i lecznicach przy tych schorzeniach, przy których stosujemy kąpiele ogólne, a więc przy wysiękach i naciekach, pozostałych po sprawach zapalnych w ustroju, bez względu na ich umiejscowienie, przy otyłości, dnie, przekrwieniach wątroby, przy przesiękach surowiczych oraz przy długotrwałych sprawach nieżytowych samego jelita grubego. Bodziec ten stopniować możemy zapomocą jego ciepłoty z uwzględnieniem anizotonji wód danego zdrojowiska. Obok płukania jelita grubego należałoby wprowadzić także płukanie pochwy wodami mineralnemi, chłodniejszemi lub cieplejszemi od ciepłoty ciała. I ten sposób, najmniej kłopotliwy, nie jest w naszych zdrojowiskach w użyciu. Francuzi stosują jednak i przy sprawach pozapalnych narządów niewieścich płukanie jelita grubego, jako zabieg silniej działający ogólnie. Ten sposób leczniczy jest tam tak rozpowszechniony, że n. p. w Plombières jest 40 gabinetów do płukań jelitowych. W Niemczech propaganda Boas'a za wprowadzeniem płukań jelitowych przebrzmiała bez echa. W Polsce o tej sprawie wogóle głucho.

Być może, że dokładniejsze wiadomości o sposobie działania tego zabiegu, jakie się udało nam uzyskać, przełamią obojętność ogółu lekarskiego i przyczynią się do wzbogacenia arsenału leczniczego przedewszystkiem naszych zdrojowisk.

Z wpływem osmoterapeutycznym wód przeczyszczających liczyć się musimy w takich zdrojowiskach, jak Morszyn i Truskawiec.

Dr. I. SOHN, Kpt. lek. st. ord. Oddz. zakaź.. Przemyśl.

Spostrzeżenia kliniczne nad przebiegiem duru osutkowego i powrotnego *)

Ze szpitala zapas. 2. lit.-biał. dyw. w Mińsku i szpitala wojsk. Nr. 1. w Przemyślu.

I.

Od początku wojny światowej miałem stale możność pracowania w szpitalach lub na oddziałach chorób zakaźnych, mogłem zatem dokładnie przyjrzeć się dwom jednostkom chorobowym, które przeważnie grasowały w wojsku i największą za sobą pociągnęły liczbę ofiar — mam tu na myśli dur osutkowy i powrotny. Ostatni zwłaszcza w czasie wojny polsko-bolszewickiej szerokie zatoczył kręgi.

Pracując przeważnie w szpitalach polowych, musiałem ograniczyć się do badań i spostrzeżeń klinicznych, nie mając do dyspozycji szeregu aparatów, potrzebnych do badań bakterjologicznych i chemicznych w szerszym zakresie. Z badań kliniczno-serologicznych, wykonanych w szpitalu, pozostającym pod mojem dowództwem w Mińsku lit., zdawał sprawę kol. Szyfman (Lekarz wojsk. Nr. 26. r. 1920).

Obecnie zajmę się przebiegiem duru osutkowego pod względem klinicznym.

Dzisiaj już nie ulega wątpliwości, że przenosicielem duru osutkowego jest wesz ludzka, że zarazek rozwija się we wszy, a wiedząc to, możemy prowadzić i walkę z nagminnem szerzeniem się danej choroby. Badania zaś Weil i Felixa dały jeszcze jedną metodę względnie wczesnego rozpoznania choroby albo wykrycia jej i stwierdzenia w przypadkach przebiegających bez osutki, a które to przypadki zdarzają się w początku każdej epidemji, a częściej jeszcze pod koniec epidemji.

Mówiąc o wysypce, która jest jedną ze zmian, ułatwiających rozpoznanie, nie mogę pominąć milczeniem, że wysypkę tę jednak łatwo pomieszać czasem z wysypką przy skazie krwotocznej lub z wysypką przy grypie, a jeszcze częściej z wysypką przy durze wrzekomym a.; tu zatem rozstrzyga tylko badanie serologiczne.

Jako charakterystyczne dla wysypki podają, że jest ona plamista, stąd i nazwa choroby. Otóż spostrzegałem często wysypkę guzkową, którą w pierwszej chwili łącznie z dużą śledzioną, wysoką ciepłotą, obłożonym językiem, można wziąć zą różyczkę duru brzusznego. Wątpliwości jednak usuwa ta okoliczność, że te drobne guzeczki, lekko ponad skórą wystające, znajdują się na całym tułowiu i kończynach i występują gęściej, niż przy durze brzusznym, a dalsze spostrzeganie tych guzków wykazuje, że guzki te najczęściej się spłaszczają a przy tem się rozlewają, właściwie rozszerzają na podstawie, ustępując miejsca wybroczynom, które na ich miejsce występują. A jeśli sobie przypomnimy, dlaczego właśnie wysypka występuje w durze osutkowym wogóle, tj. jaki jest jej podkład anatomo-patologiczny, to przypuścić musimy, iż guzek taki musi pochodzić od zatorów w powierzchownych naczyniach skóry wskutek znanych zmian w intimie naczynia. Dalsze moje spostrzeganie w tym kierunku wykazało, że osutka o charakterze wybroczynowym i to nie tylko na skórze, ale też na błonach śluzowych, głównie na spojówkach gałkowych, występuje u osobników, u których możemy wykazać zmiany specyficzne gruźlicze w szczytach płuc lub w gruczołach chłonnych i oskrzelowych. Wiadomo, że w ostatnich czasach niektóre ze schorzeń należących do grupy skazy krwotocznej, jak purpura i peliosis rheumatica, morbus maculosus Werlhofi, wciągano w związek z gruźlicą, uważając ten zespół objawów skazy krwotocznej jako następstwo działania toksyn gruźliczych na ściany naczynia; w przypadkach zatem duru osutkowego u osobników z pewnym podkładem gruźliczym (chociaż gruźlica klinicznie nieczynna, zabliźniona) działanie jadów gruźliczych i duru osutkowego się sumuje i pociąga za sobą wybroczyny na błonach śluzowych i skórze. Dodam, że przypadki z osutką ciemno-sinawą, wybroczynową należą do ciężkich, gdzie rokowanie jest wprost wątpliwe.

Gdy mowa o osutce, wspomnę jeszcze o odczynie opaskowym, który został podany jako wczesny objaw rozpoznania duru osutkowego. Odczyn ten wykonuję w ten zmodyfikowany przezemnie sposób: palcem wskazującym i kciukiem ujmuję lekko fałd skóry i podobnie drugą ręką w odległości 1—1½ cm, szybkim, niezbyt silnym ruchem zbliżam oba te fałdy ku sobie i opuszczam następnie fałdy; w miejscu zbliżenia obu tych fałdów powstaje najpierw czerwona plama w postaci rombu, która szybko znika, a w samym środku ukazują się drobne wybroczyny. Wykonać to najlepiej tuż powyżej brodawki sutkowej, gdyż w tem miejscu skóra najmniej ulega zwykle zmianom barwikowym — różnica zatem występuje wyraźniej. Objaw ten występuje już na drugi, najdalej na trzeci dzień choroby; nie jest on swoisty dla duru osutkowego, a występuje też w rozmaitych innych schorzeniach, głównie w chorobach przebiegających z wysypką lub wywołujących kruchość naczyń krwionośnych — w związku jednak z innemi objawami stanowi ważny moment rozpoznawczy.

O innych środkach i metodach rozpoznawczych tu mówić nie będę, gdyż to nie stanowi tematu obecnej pracy.

Co do przebiegu duru osutkowego, należy przyznać, że epidemja u nas należała do lżejszych i przebieg był stosunkowo łagodny. Przypadki ciężkie, jakie się spotykało przed wojną i w pierwszych latach wojny, zdarzały się rzadziej, choć tu i ówdzie były przypadki ciężkie. Może należy szukać przyczyny w tem, że osobniki dotknięte durem osutkowym, które miałem sposobność spostrzegać, byli to ludzie przeważnie w sile wieku, ludzie młodzi i najzdrowsi wśród młodych i dlatego bardziej wytrwali i odporni, stąd i przebieg wydawał się łagodniejszym. Za tem przemawia mniejsza śmiertelność wśród naszych żołnierzy, a większa wśród jeń-

*) Artykuł napisany w r. 1921.

ców, chociaż u jednych i drugich stosowano to samo leczenie. Jeńcy jednak byli przeważnie ogólnie osłabieni, podupadli w odżywieniu i wskutek tego łatwiej ulegali chorobie.

Różna też była śmiertelność w rozmaitych miesiącach i tak: w październiku i lutym 1920 na froncie wynosiła 4·7% do 8½%, a w grudniu i styczniu tegoż roku 10 do 11%. Tłumaczy się to powikłaniami głównie ze strony płuc, serca i nerek itd., które częściej wikłały w tych miesiącach obraz chorobowy w następstwie silnych mrozów, utrudnionej komunikacji i niezupełnie odpowiedniego, czy też wygodnego transportowania chorych. Przy tymsamym sposobie leczenia miałem w r. 1921 w tyle tj. w kraju, gdy chorzy przychodzili do szpitala wprost i wcześnie, 1—2% śmiertelności.

W przebiegu duru osutkowego ściśle odróżnić się dadzą dwie postacie: jedna naczyniowa, a druga mózgowa, czy też ją nazwiemy nerwową. U ludzi z przeczulonym układem nerwowym, degenerantów, umysłowo chorych itp. przebiega dur osutkowy nader ciężko — przypadki te kończą się śmiercią, i to po burzliwym przebiegu, od 4-tego do 12-tego dnia choroby, lub nawet pod koniec choroby, kiedy ciepłota spadła; po zupełnej kryzie występują naraz niespodzianie objawy porażenia łykania, a następnie oddechania. U tych też ludzi występują często, w okresie po kryzie, objawy oponowe (meningismus toksyczny) występują drgawki, drobne ruchy palcami po kołdrze, szukanie czegoś, lub znowu objawy porażenia częściej opuszkowego czasem połowiczego, język kołtuniasty, niewyraźna mowa, zmniejszenie się inteligencji w okresie wyzdrowienia, niepamięć na pewne rzeczy z przed i podczas choroby, objawy zdziecinnienia. Wszystkie te objawy świadczą o tem, że toksyny duru osutkowego atakują głównie mózg, za czem przemawia: obraz sekcyjny, zmiany naczyniowe, stwierdzone w rdzeniu przedłużonym, i podobny obraz sekcyjny spotykany u królików i świnek morskich, które szczepiono czy to X_{19} czy hodowlą Rickettsji Provazeka. Stąd zatem wniosek, że rokowanie u ludzi nerwowych zawsze będzie gorsze i dlatego też już od dawien dawna lekarze-praktycy twierdzili, że »inteligenci gorzej i w silniejszym stopniu« chorują na dur osutkowy, niż wieśniacy, ludzie o »zdrowych nerwach«.

Druga postać, jest to dur osutkowy, który atakuje głównie układ naczynio-ruchowy. Wiemy, że układ ten zależy od ugrupowania nerwów roślinnych, nerwu sympatycznego i układu nerwów autonomicznych, których głównym przedstawicielem jest nerw błędny. Wszystkie narządy, z wyjątkiem gruczołów potnych i niektórych mięśni trzewnych, są unerwione przez oba te układy, a działanie ich fizjologiczne jest antagonistyczne. Oba te układy mają powinowactwo do pewnych trucizn i tak układ autonomiczny (nerw błędny) jest hamowany przez atropinę, a pobudzany przez pilokarpinę — układ współczulny pobudzany bywa przez adrenalinę. To działanie wybiórcze trucizn użył E p p i n g e r i H e s s za podstawę do podziału konstytucji organizmów ludzkich na sympatyko i wagotoników: zależnie od tego, na który ze wspomnianych środków dany organizm żywiej oddziaływa, sądzili oni o wysokiem napięciu czynnościowem tego układu. W związku z tem zmniejszony jest efekt czynnościowy działania trucizn wybiórczych na układ drugi.

Jakkolwiek teorja, dzieląca ludzi na wagotoników i sympatykotoników się nie utrzymała, ostało się jednak pojęcie istnienia przewagi w jednym okresie pewnych czynników fizjologicznych, które utrzymują w pewnem stałem napięciu układ sympatyczny, lub autonomiczny tego organizmu. Tym czynnikiem fizjologicznym, stale czynnym w organiźmie, są wydzieliny gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, zwane hormonami. Hormony mają wpływ fizjologiczny na poszczególny układ i stąd następnie ich podział na dwa układy, zależnie od tego, na który z układów wzmożone wydzielanie każdego z nich wpływa w kierunku pobudzania czynności.

Do takich gruczołów między innemi należą nadnercza, których układ chromochłonny ma wybitny wpływ na działanie czynnościowe naczyń. Zależnie od stanu, w jakim układ chromochłonny się znajduje, tj. jego hyperfunkcji czy też wyczerpania systemu chromochłonnego nadnercza, mamy objawy, że się tak wyrażę, zewnętrzne, które są wyrazem zdolności wydzielniczej tychże gruczołów. Nas tutaj zajmą głównie stany, będące wyrazem niedomogi wydzielniczej układu chromochłonnego, a stany przebiegające z hypertonją zostawimy na boku.

Najczęściej niedomoga wydzielnicza zdarza się w chorobach zakaźnych, w których, już to w okresie ozdrowienia, już to nawet w czasie ostrym trwania choroby, występuje nagle osłabienie lub nawet porażenie układu naczyniowego, które jest następstwem niedomogi lub wyczerpania się systemu chromochłonnego. Taki stan stwierdzamy często w błonicy.

W przebiegu duru osutkowego, spostrzegając zachowanie się dermografji, zauważyłem, że dermografja ta u rozmaitych osobników rozmaicie występuje, nieraz u tego samego osobnika różnie, w zależności od okresu choroby. I tak lekkie potarcie skóry przedmiotem tępym wywołuje zwykle po 10 do 15 sekundach różową smugę, która po kilkudziesięciu sekundach lub też minutach znika. W okresie końcowym choroby, najczęściej po 8-mym dniu, występuje często smuga różowa w środku, z boku zaś równolegle po obu stronach smugi białe. Wreszcie u innych występuje tylko smuga biała. S e r g e n t wnioskuje z tego objawu ostatniego o istnieniu niedomogi nadnercza, czemu przeczy R o s e n f e l d, nie przypisując objawowi temu wogóle żadnego znaczenia. Ale, jeżeli dokładnie przypatrzymy się tym osobnikom, którzy oddziaływują w ten sposób na podrażnienie skóry, to widzimy, że są to osobniki z wybitnemi oznakami stanu znanego pod nazwą *status thymico-lymphaticus*. Za tem przemawia wygląd tych chorych, twarz więcej nalana, często stłumienie pod rękojeścią mostka, brak uwłosienia na twarzy i pod pachami u mężczyzn, owłosienie na częściach płciowych typu przeciwnego, lekka otyłość i zaokrąglenie kształtów itp., a z doświadczenia różnych badaczy wiemy, iż u osobników ze stanem limfatyczno-grasicowym istnieje pewien niedorozwój nadnercza, zwłaszcza systemu chromochłonnego, co musi za sobą pociągnąć pewną upośledzoną sprawność wydzielniczą tego narządu, czego zewnętrznym wyrazem będzie oddziaływanie obwodowego układu naczyniowego. U osobników ze stanem limfatyczno-grasicowym widzimy w czasie ich zupełnego zdrowia zawsze dermografję białą, stąd, zdaje mi się, mamy prawo, gdy w przebiegu duru osutkowego spostrzegamy zmianę dermografji z różowej na różowo-białą, lub zupełnie białą — wnosić o zaczynającej się n i e d o m o d z e u k ł a d u c h r o m o c h ł o n n e g o, lub już istniejącej. Stąd też rokowanie i zejście choroby zależne będzie od stanu tego układu, a dermografja w tych przypadkach służy mi zawsze jako pewien wskaźnik prognostyczny w przebiegu duru osutkowego.

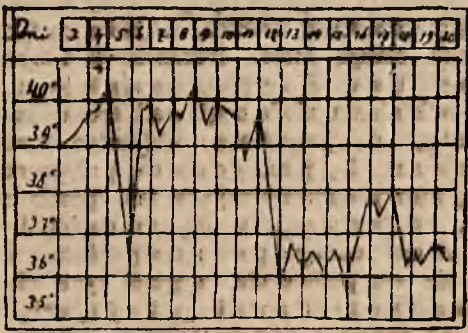
Niektórzy, jak S t e r l i n g, uciekają się do wstrzykiwań adrenaliny i z odczynu poadrenalinowego wyciągają wnioski prognostyczne. Jakkolwiek dotychczas u ludzi zdrowych stosowałem adrenalinę dość często w celach doświadczalnych, to jednak w przebiegu chorób zakaźnych byłbym przeciwny stosowaniu jej dla celów prognostycznych, gdyż wiemy, że niektóre trucizny bakteryjne działają niszcząco lub wyczerpująco na układ chromochłonny, że wstrzykiwanie adrenaliny działa przez silny skurcz mięśni obwodowych, a także wyciska, mobilizuje resztę adrenaliny, znajdującą się w nadnerczach; kto dokładnie spostrzegał, ten widział, że po każdej silnej reakcji na adrenalinę występuje znaczne wyczerpanie, tem większe im silniejsza była reakcja. Wywołanie zaś takich stanów osłabienia w przebiegu ostrej choroby zakaźnej uważam za niewskazane, a dla przekonania się o sprawności nadnercza uważam za zupełnie wystarczające spostrzeganie zachowania się dermografji nietylko jednorazowe, ale w czasie przebiegu.

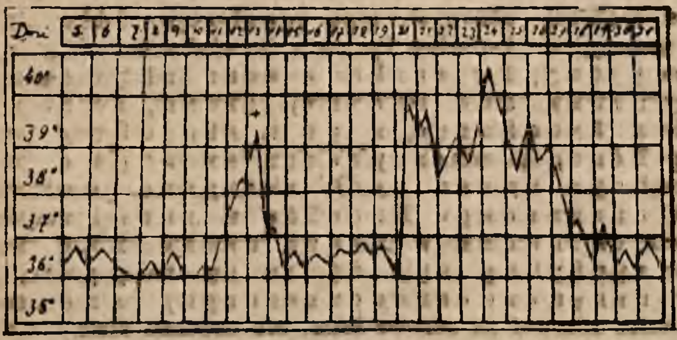
Krótko jeszcze chciałbym wspomnieć o spostrzeganych przezemnie powikłaniach w przebiegu duru osutkowego. Do najczęstszych należało zapalenie gruczołu przyusznego i ropne zapalenie ucha środkowego, rzadziej zgorzel kończyn, dwa razy widziałem zgorzel wargi górnej, trzy razy ropny obrzęk zapalny języka, częste są zapalenia tęczówki i obrzęki nóg u ozdrowieńców bez białkomoczu i elementów, świadczących o zmianie zapalnej w nerkach; obrzęki te musimy wziąć na

karb przepuszczalności naczyń wskutek działania trucizn bakteryjnych. Nieraz występuje osłabienie mięśni oka, niezdolność akomodacji, co nie pozwala ozdrowieńcom zająć się czytaniem lub pracą biurową przez dłuższy czas. W kilku przypadkach w czasie przebiegu, na 7—8 dzień choroby, wystąpiły biegunki i stolce krwawe, mogące dać powód do mylnego rozpoznania czerwonki.

Częste są zaostrzenia spraw gruźliczych u osobników, u których gruźlica istniała przed chorobą w stanie utajonym lub nieczynnym. Występująca często jako powikłanie czyrakowatość, może dać w następstwie objawy ogólnego zakażenia z objawami ropnego zapalenia stawów. Powikłanie duru osutkowego z powrotnym, co często zdarzyło się w roku ostatnim, sprawia, że dur osutkowy przebiega znacznie łagodniej, ciepłota jest niższa i przełom następuje już na 8-my dzień choroby (tabl. I. i II).

Tablica I. i II.





Co do leczenia, nie stosowałem żadnych środków przeciwgorączkowych; środki ostatnio zalecane, jak calcium lacticum, błękit metylowy, nie mają wpływu na przebieg choroby, także neosalwarsan. Natomiast stosuję często i zawsze okłady w postaci zawijań w mokre prześcieradła i duże dawki olejku kamforowego śródmięśniowo, także digitalis, strophantus, strychninę, już to na wewnątrz, już to pod skórę. W przypadkach ciężkich, przy dobrem tętnie, upust krwi z następowem wlewaniem podskórnem fizjologicznego roztworu soli kuchennej z dodatkiem adrenaliny; jeszcze lepiej działa u ciężko chorych, z zachowaną jednak przytomnością, wlewanie fizjologicznego roztworu soli z adrenaliną kroplami do odbytnicy (Tropfenklistier). Wlewania ostatnie zawsze dobrze działają w postaci naczyniowej w okresie, gdy występują objawy porażenia naczyń obwodowych, kiedy kamfora i środki nasercowe zupełnie nie działają.

We wspomnianych wyżej przypadkach z zajęciem opon mózgowych nieraz miałem dobre wyniki po nakłuciu lędźwiowem i upuszczeniu kilku ccm płynu mózgowo-rdzeniowego, który zawsze był czysty, klarowny, składników zapalnych nie zawierał. Dok. nast.

Z praktyki.

Prof. Dr. W. BYLICKI. Lwów.

Drobiazgi położnicze.

Samoistny obrzęk twarzy u położnic.

Przed niemal 20 laty zostałem zawezwany w Hrubieszowskie do pani H. z powodu bardzo znacznego obrzęku twarzy, który pojawił się w czwartej dobie połogu. Obrzęk ten zajmował równomiernie obie połowy twarzy i był tak znaczny, że z osoby, którą znałem jako piękną, zrobiło się wprost monstrum. Szczególnie silnie obrzękłe były powieki, tak, że tworzyły zaledwo wązką szparę. Poród, czwarty z rzędu, odbył się siłami natury, jakkolwiek trwał niezwykle długo, a to z tego powodu, że chora stale przenaszała każdą ciążę, wydając na świat dzieci bardzo znacznej miary i wagi.

Badanie nie wykazało przedewszystkiem żadnej wysypki ani na twarzy ani na jakiem innem miejscu skóry. Uzębienie całkiem zdrowe i brak jakiejkolwiek badaniu przystępnej zmiany w narządach. W moczu zupełny brak białka. Po upływie 48 godzin obrzęk opisany całkowicie ustąpił.

Gdym się nad tym przypadkiem zastanawiał, wydawało mi się pojmowanie go jako zastoiny żylnej jako samo się narzucające. Że ta zastoina istnieje w czasie każdego bolu partego, to widzimy z zaczerwienionej lub, nawet zasiniałej twarzy w czasie parcia. Nigdyśmy jednak nie dostrzegali, aby ta zastoina stale się utrzymywała lub jak w opisywanym przypadku, aby powróciła po zupełnem ustaniu przyczyny wywołującej ją w czwartej dobie po porodzie. Z tego powodu nie może ona wchodzić w rachubę jako tłomacząca powstanie obrzęku. Przyczyna pozostała dla mnie zatem ciemną i o przypadku tym zapomniałem. Przypomniał mi go dopiero drugi, przed dwoma miesiącami wydarzony u pierwiastki ośmnastoletniej, która urodziła prawidłowo, a u której wystąpił obrzęk twarzy w siódmym dniu połogu. Różnił się on tym ważnym szczegółem od piewszego, że był połowiczy, zajmował stronę prawą twarzy i nie był tak znaczny, jak tamten. I w tym przypadku badanie najdrobiazgowsze nie mogło wykazać w żadnym narządzie jakichkolwiek towarzyszących zmian. Obrzęk ustąpił po upływie kilkunastu godzin.

Te dwa przypadki są zdolne zwrócić naszą uwagę najprzód z powodu braku jakiejkolwiek przyczyny wywołującej i wydarzenia się w połogu. Dwa przypadki, to za mało, aby te obrzęki nazwać połogowemi. Sądzę jednak, że niniejsza wiadomość o nich może pomnożyć ich ilość. Może bowiem znajdą się koledzy, którzy mieli sposobność dostrzegać ich i zaniedbali podzielenia się niemi z ogółem, dopóki, podobnie jak mnie, nie wydarzy się drugi przypadek.

Kiedy niedawno udzieliłem mej obserwacji koledze doc. Bocheńskiemu, opowiedział mi tenże o podobnym przypadku przed kilku tygodniami wydarzonym, w którym jednak istniała niedomykalność zastawki dwudzielnej ze zwężeniem ujścia żylnego, lecz zupełnie wyrównana. Ta chora dobrze urodziła i była w połogu zdrowa. Mojem zdaniem i ten przypadek, pomimo towarzyszących zmian w sercu, należałoby do obrzęków samoistnych zaliczyć. Wady bowiem zastawkowe chyba wobec zupełnego zniesienia wyrównania wywołać mogą i obrzęk twarzy.

Zapobieganie pękaniu brodawek u kobiet karmiących.

Pękanie brodawek, najczęstsze u pierwiastek, stanowi zwykle bardzo znaczną przeszkodę w karmieniu, a nawet może je dla dotkniętej piersi udaremnić, stanowiąc przytem i otwarte wrota dla zakażenia. Hartowanie brodawek w czasie ciąży jest środkiem niewątpliwie godnym polecania, lecz nie niezawodnym.

Do powstawania pęknięć przyczynia się głównie rozmiękczenie naskórka przez ślinę dziecka. Tu chodzi zatem głównie o otrzymanie jak najdokładniejszego osuszenia po ssaniu. W tym celu od dawna używam z najlepszym skutkiem następującego postępowania. Po ustaniu ssania obmywa się brodawkę letnią wodą, następnie osusza się ją, obtarciem watą lub czystą szmatką, poczem obmywa się ją przez minutę alkoholem wreszcie zasypuje się ją i obwódkę proszkiem łojku czyli talku, który, przy ponownem przystawieniu dziecka do piersi, usuwa się wilgotną szmatką. Łojek ma tę właściwość, którą tak góruje nad wszelkiemi posypkami, że się z łatwością daje wyjałowić. Czynię to albo na łyżce blaszanej nad lampką spirytusową lub w zwyczajnej probówce, wsypawszy do niej parę cm kubicznych łojku.

Zaniedbany ważny szczegół badania zewnętrznego.

W roku 1896, a zatem przed 27 laty, podał Fabre w Towarzystwie położniczem paryskiem możebność wybadania barku (stawu barkowego) płodu, będącego w położeniu czaszkowem. Wybadanie tego szczegółu udaje się 7—8 razy na 10, jeżeli z główki płodu nad wchodem lub we wchodzie będącej posuwamy się palcami ku górze. Wówczas natrafiamy na punkt lekko sterczący, który niczem innem nie jest, jak barkiem płodu. Ten punkt rzadziej znajduje się w środku; najzwyklej zbacza on ku stronie odpowiadającej grzbietowi płodu.

Jakież osięgamy korzyści z wybadania barku płodowego? Najprzód wyższe lub niższe ustawienie tegoż świadczy dowodnie o stopniu wstawienia się główki we wchód miednicy. Następnie punkt wybadany zbacza od linji środkowej w niezawodnym kierunku grzbietu płodowego. Mamy zatem na pewno oznaczony kierunek grzbietu, co samym dotykiem, pomimo ułatwień znanych, nie zawsze można na pewno rozstrzygnąć tak, że dopiero wysłyszane tętno płodowe i wyczuwane części drobne orjentują nas w tym kierunku. W końcu zaś jeszcze jeden ważny szczegół tego badania, że znaleziony punkt barkowy jest niezawodnie miejscem najgłośniej słyszanego tętna płodowego i to tak na pewne, że go na żadnem innem miejscu szukać nie potrzeba. Kto temu nie wierzy, niech się przekona.

Tak więc do badania zewnętrznego ciężarnych i rodzących, do którego mogłoby się zdawać, że już nic nowego dodać nie można, przybywa od lat 27 znany i prawie, że jedynie we francuskiem piśmiennictwie należycie uwzględniony, ważny szczegół, którego pominięcie pozbawia nas objawu, którego nie godzi się lekceważyć i należy przywrócić mu całkiem zaniedbane uwzględnienie.

Zabiegi przestarzałe.

W położnictwie, nawet klinicznem, istnieją jeszcze dotychczas pewne zabiegi swojem, często wiekowem, trwaniem tak uświęcone, że uchodzą za coś niewzruszonego. A jakkolwiek już odzywały się inne, i to bardzo poważne głosy, wykazujące bezpostawność używania ich, to przebrzmiały one prawie że bez żadnego wpływu na sprawę. Mojem zadaniem będzie zatem przypomnienie tego, coby należało zarzucić, a co mocą nawyknienia pozostało niezmienione.

1) Podpieranie międzykrocza. Sama nazwa od tak dawna utarta jest już przestarzała, nie odpowiadająca właściwej czynności. Celem bowiem działania nie jest podpieranie międzykrocza i w dodatku pozbawione wszelkiego sensu zesuwanie jego skóry od tyłu ku przodowi lub tworzenie z niej fałdu, lecz jedynie i wyłącznie zapobieganie szybkiemu wysuwaniu się główki, a poza tem nic więcej. Aby temu uczynić zadość, wystarcza przez skórę międzykrocza wybadać, gdzie się znajdują guzy czołowe i na jednym z nich ustawić palec wielki ręki prawej (stojąc po prawej stronie łóżka), a na drugim palec wskazujący i średni i niemi wywierać, w czasie bolu opór. Wzmocnić ten opór można skutecznie, wywierając palcami ręki lewej ucisk na pokazujący się tyłogłów w kierunku ku dołowi. W ten sposób udaje się najlepiej przeprowadzenie główki bez uszkodzenia międzykrocza, nawet w przypadkach znaczniejszych jej rozmiarów. Tu nie zawadzi przypomnieć, że przedarcia międzykrocza nie następują od zewnątrz na wewnątrz, lecz przeciwnie, tak, że skóra nie jest pierwszą, lecz ostatnią, przedzierającą się warstwą. Sądzę nawet, że nie inaczej się ma rzecz także wobec przedarcia samego wędzidełka.

2) Cofanie pokazującego się tyłogłowia. Jest zwyczaj utarty, że w czasie przerwy pomiędzy bolami partiami odcinek tyłogłowia, coraz więcej widoczny pomiędzy wargami, odsuwamy z powrotem jakoby w tym celu, aby się więcej obniżył pod spojenie łonowe. Działanie to jest zupełnie pozbawione wszelkiej podstawy i jest przeciw naturze. Bo, gdy główka w swem powolnem odchylaniu się od klatki piersiowej (pozornem posuwaniu się) zdobywa sobie ciężko każdy mm drogi, powoli rozciągając miejsce za miejscem, to powinna w miejscu już rozciągniętem pozostawiona być w spokoju, podobnie jak rozszerzadło, dopóki się następnego numeru nie użyje. Byłoby też podobnie wadliwem przy rozszerzaniu rozszerzadłami, po wyjęciu pewnego numeru, czekać przez kilka minut z wsunięciem numeru następnego, aby dać czas rozszerzonemu miejscu ponownie się zwęzić. Cofanie też główki może mieć tylko chyba ten jedyny cel, aby przedarcie ułatwiać.

3) Wykręcanie rodzącego się łożyska. O tem, aby akuszerka lub lekarz nie wykręcali rodzącego się łożyska, niema mowy. A przecie to postępowanie nie jest niczem usprawiedliwione. Cóż bowiem może być za korzyść z tego, że błony płodowe skręcimy w powrózek, jeżeli się uwzględni ich nadzwyczajną sprężystość, która nie pozwala na żadne, przypuszczalne działanie na część błon jeszcze nie odklejoną. W danym razie może się jedynie część mocno skręcona, w najcięższem miejscu przerwać.

O wiele też racjonalniej jest wszelkiego skręcania błon zaniechać i łożysko pozostawić sobie samemu, a od czasu do czasu, ująwszy pełną ręką wszystkie błony ponad łożyskiem, lekko za nie pociągać. Jeżeli zaś nie odklejają się pod tem działaniem, najlepiej postąpimy, podwiązując ponad łożyskiem błony »en masse« tasiemeczką wyjałowioną i poniżej niej przecinając je. Za powstały w ten sposób kikut z błon pociągamy od czasu do czasu i pozostawiamy go i godzinami całemi jeżeli potrzeba. Najczęściej jednak tam, gdzie przychodzi do wykręcania łożyska, ono już jest całkiem zbyteczne.

O tem wszystkiem nie wartoby pisać, gdyby nie to, że te wymienione, przestarzałe sposoby bywają w całej pełni dotychczas stosowane i na oddziałach szpitalnych i na klinikach.

Doc. Dr. Wiktor REIS. Lwów.

Sposób szybkiego rozpoznania wtrętów komórkowych przy jaglicy.

Barwienie komórek nabłonkowych spojówki powiekowej sposobem Giemsy stanowi klasyczną metodę dla rozpoznawania ciałek jagliczych. Metoda ta wymaga 6—9 godzin czasu.

Dla uzyskania szybszego zabarwienia ciałek jagliczych były już od dawna podawane różne metody wyszczególnione w pracy Axenfelda *Die Ätiologie des Trachoms*« z r. 1914, które jednakże, jako dość skombinowane, nie nadawały się do szybkich badań masowych.

Będąc podczas wojny światowej lekarzem naczelnym w szpitalu dla chorych jagliczych w Zatorze (koło Krakowa) starałem się, o ile możności, wyzyskać liczny materjał szpitalny także do badań naukowych. Szło mi o wyszukanie wśród zgłaszających się żołnierzy takich chorych, którzyby w komórkach nabłonkowych spojówki wykazywali istnienie ciałek jagliczych. Z powodu braku miejsca w oddziale głównym, musiano często chorych odsyłać do oddziału drugiego, tak, że w następstwie nie mógłbym już tego materjału wyzyskać do badań. Zależało mi więc głównie na szybkiem zorjentowaniu się, czy przypadek świeżej jaglicy dotychczas jeszcze nieleczony, posiada w rzeczywistości wtręty komórkowe. W razie dodatniego wyniku badania zatrzymywałem taki przypadek u siebie na oddziele, dając w zamian innego chorego, u którego nie stwierdziłem istnienia ciałek jagliczych.

Do tych badań zastosowałem niepodany dotychczas w piśmiennictwie okulistycznem sposób barwienia ciałek jagliczych metodą Mansona. Jest to stara metoda barwienia, używana jeszcze przez Kocha dla pasorzytów zimniczych, a zastosowana podczas wojny w r. 1916 przez Wagnera[1]) do barwienia krętka płonicy. Do barwienia musi

[1]) Wagner: Zur Kenntniss der Spirochaete scarlatinae Doehle. Münch. med. Wochschr. N. 28. 1916.

być użyty tylko błękit metylenowy *»medic. purum Hoechst«*, błękity z innych fabryk nie dają tego zabarwienia.

Przepis sporządzania barwika jest następujący; 2 gr. błękitu rozpuszcza się w 100 gr. gotującego się 5% roztworu boraksu. Do barwienia używa się roztworu rozcieńczonego w stosunku 1 : 40. Po utrwaleniu materjału jagliczego w alkoholu i wysuszeniu, zanuża się preparat na kilkanaście sekund (15—20) w barwiku, a następnie spłukuje się zwykłą wodą, aż preparat otrzyma odcień zielonawo-niebieski. Olejek cedrowy.

Jądra komórek nabłonkowych i leukocytów są bladoniebieskie, wtręty komórkowe natomiast są silnie ciemno-niebiesko zabarwione.

Metoda ta w niczem nie ustępuje barwieniu Giemsy. Preparaty tą drogą otrzymane są trwałe — preparaty z r. 1916 dziś jeszcze dobrze przedstawiają się pod mikroskopem. Jeśli się uwzględni, że składniki mieszanki barwikowej Giemsy (*Azur I i azur II*) już w czasach pokojowych należały do barwików bardzo drogich, a obecnie wogóle trudno je otrzymać, metoda powyżej podana zasługuje na szersze zastosowanie. Szybkość zaś, z jaką preparat można sporządzić, stanowi przy masowych badaniach czynnik wielkiego znaczenia.

Dr. J. FLESZER. Kielce.

Kilka słów odpowiedzi na artykuł Dra Allerhanda w P. G. L. Nr. 17 — 1923 r.

Siarczan cynku, jako środek leczniczy w przypadkach zapalenia **rtęciowego** dziąseł i jamy ustnej, nie był, o ile mnie wiadomo, dotychczas stosowany. Zupełnie samodzielnie, gdyż o pracy farmakologa amerykańskiego Prinza nie wiedziałem, przyszedłem do stosowania środka powyższego w przypadkach zapalenia **rtęciowego** dziąseł, a to przy okolicznościach, o których już nadmieniłem. Aczkolwiek niektórzy koledzy za moją radą stosowali z doskonałym wynikiem siarczan cynku przy schorzeniach nie rtęciowych jamy ustnej, jednakże z powodu braku własnego doświadczenia nie poruszałem sprawy leczenia siarczanem cynku innych niertęciowych zapaleń jamy ustnej.

Zadaniem mojem było zwrócić uwagę na sprawę leczenia zapalenia rtęciowego dziąseł i jamy ustnej jedynie z punktu widzenia wenerologa, który zbyt często ma do czynienia z niemi, jako z pobocznem działaniem rtęci. A sprawa ta jest ciągle o tyle aktualną, że bardzo często czytuje się artykuły z dziedziny patologji i terapji zapalenia rtęciowego dziąseł i jamy ustnej, jak np. Almkvist 1) i Heermann 2).

Jestem bardzo wdzięczny p. Drowi Allerhandowi, że poruszył sprawę leczenia siarczanem cynku z punktu widzenia stomatologa, gdyż oświadczenie p. Dr. Allerhanda o doskonałych wynikach po płukance siarczanem cynku przy stanach zapalnych jamy ustnej (niertęciowych) niezawodnie przyniesie korzyść sprawie leczenia i rtęciowego zapalenia dziąseł siarczanem cynku w tej lub innej modyfikacji.

Piśmiennictwo.

1) Almkvist. — Acta dermatologica - venerologica. T. II. Zeszyt 3. Str. 328 — 356. — 2) Heermann. — M. med. Woch. N 17. 1922. r. Str. 623.

Oceny i sprawozdania.

N. Bishop Harman. **Krótki podręcznik chorób ocznych.** Z 112 rysunkami. Z szóstego wydania angielskiego — z upoważnienia autora i wydawców — przełożył Dr W. H. Melanowski, st. asyst. kliniki ocznej Uniw. Warsz. Nakł. Gebethnera i Wolffa. Warszawa 1923.

Książeczkę wydaną w przekładzie polskim w formie 16-ki określa sam autor jako «aids to ophthalmology«, jako dziełko pomocnicze do zapoznania się z okulistyką i wrzeczywistości jako przypomnienie słyszanych wykładów i ćwiczeń praktycznych oddać może to dziełko słuchaczom medycyny bardzo dobre usługi. Nie wszystkie działy patologji oka opracowane są jednakowo. Najlepiej opracowanym jest właśnie dział najtrudniejszy do zrozumienia dla słuchacza: dział refrakcji, który też w porównaniu z innemi działami patologji oka (choroby przedniego odcinka i śródgałkowe) znacznie więcej w dziełku tem zajmuje miejsca. Znajdzie tam czytelnik praktyczne i teoretyczne wskazówki do określenia, przedmiotowego i podmiotowego, wad wzroku, do dopasowania i przepisywania szkieł — wiadomości, które później dla lekarza praktyka często stają się koniecznie potrzebne. Także związane nieraz z wadami refrakcji zaburzenia równowagi mięśniowej są bardzo przystępnie przedstawione. Znajomość zaś ustępów takich, jak: urazy oka, sposoby wykrycia udawania i warunki pracy wzrokowej w szkołach może się przydać przyszłemu lekarzowi, występującemu w charakterze lekarza sądowego lub szkolnego.

Z nowszych metod badania, łatwo wykonalnych bez specjalnych przyrządów, wzmiankowaną jest metoda Bjerruma dla wykreślenia plamy ślepej, która zwłaszcza w początkowych okresach jaskry wykazuje charakterystyczne zmiany. Nie brak jednakże i pewnych usterek. Tak np. przy mierzeniu napięcia gałki ocznej nie wspomina autor nic o tonometrze Schiötza, o którym słuchacz medycyny już wiedzieć powinien. Natomiast śmiało można było opuścić w takim podręczniku w skróceniu dane historyczne, dotyczące profilaktyki ropotoku spojówek u noworodków, które, wobec przytoczonego zabiegu Crédego, dla ucznia nie przedstawiają żadnej wartości.

Badanie zawartości komory przedniej oka należy do zabiegów, których tak łatwo nie wykonuje się w praktyce okulistycznej. Przy bakterjologji wrzodu pełzającego rogówki wymienia autor na pierwszem miejscu prątki Moraxa-Axenfelda, a na ostatniem dwoinki zapalenia płuc. Rzecz, która ma się u nas odwrotnie, gdzie najczęstszą przyczyną wrzodu stanowią pneumokokki, a przypadki wywołane przez prątek M.-A. należą do rzadkości. Także z innemi zabiegami leczniczemi polecanemi przez autora, jak przyżeganie czystym kwasem karbolowym wrzodu pełzającego rogówki itp. nie można się zawsze pogodzić i dlatego wiadomości terapeutyczne podane w tem dziełku powinny znaleźć należyte oświetlenie na wykładzie.

Mimo tych drobnych usterek, ocenić trzeba z uznaniem żmudną pracę tłumacza, a słuchacze medycyny powinni zachować wdzięczność tłumaczowi, który uprzystępnił im korzystanie z pożytecznego dziełka, zanim ukaże się nowy polski podręcznik okulistyki.

W. Reis (Lwów).

Przegląd piśmiennictwa.

Neurologja i psychiatrja.

Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. Tom 77. (Ciąg dalszy).

Nölle. **Przypadek rodzinnego występywania otłuszczenia bolesnego (adipositas dolorosa,** choroba Derkuma, postać guzowata). Autor opisuje typowy przypadek choroby Derkuma u 37 letniej kobiety, która podaje, że na tę samą chorobę cierpieli również: matka, dziadek, wuj i siostra. Prawdziwość podań chorej stwierdził autor na matce i siostrze chorej.

Brennecke H. **Okultyzm dzisiejszych czasów i jego niebezpieczeństwa.**

Prissmann J. **Odruch paluchowy Rossolima u dzieci w prawidłowych i patologicznych przypadkach.** Odruch Rossolima występuje u dzieci do 4 miesiąca stale. Po tym okresie zaczyna słabnąć, a powyżej drugiego roku życia u dzieci chodzących, należy go, podobnie jak objaw Babińskiego, uważać za objaw patologiczny, świadczący o zajęciu piramid. Objawy Rossolima i Babińskiego mogą występywać w przypadkach patologicznych oddzielnie. Rossolimo znajduje się w 100% przypadków, Babiński w 77% w pierwszych 4 miesiącach życia.

Spatz H. **O wykazywaniu żelaza w mózgu, zwłaszcza w ośrodkach układu motorycznego pozapiramidowego** (część I). Przy barwieniu dużych makroskopowych skrawków mózgu siarczkiem amonu, następnie zapomocą metody Turnbull błękitu i błękitu berlińskiego, otrzymywał autor, w pewnych zespołach komórkowych szarej substancji, u dorosłych osobników stale dodatnią reakcję na żelazo. Ze względu na nasilenie zabarwienia i szybkość reakcji dzieli autor barwiące

się okolice mózgu na 4 grupy; do pierwszej należą: globus pallidus, substantia nigra, zwłaszcza w zona reticulata. Nieco słabiej reagują: nucleus ruber, nucleus dentatus cerebelli; corpus striatum i nucleus Luysi (subthalamicus). Trzecią grupę stanowią: corpus mamillare, część thalamus, kora mózgowa i móżdżkowa, corpora quadrigemina; szara substancja trzeciej komory. Do grupy 4 tej, nie dającej wcale reakcji na żelazo, należą: szara istota rdzenia, jądra rdzenia przedłużonego i oliwy. Analogicznie do reakcji na skrawkach makroskopowych, także pod mikroskopem te same okolice mózgu dają specjalną reakcję pod dwiema postaciami, a to: jako jednolite rozlane zabarwienie i jako nagromadzenie drobnych, bezbarwnych granulacyj, dających odczyn na żelazo. Granulacje te występują stale w komórkach glejowych i nerwowych grupy pierwszej, rzadziej grup następnych. Jądra są zawsze wolne od tych ziarnistości. Także nie dają reakcji na żelazo komórki, zawierające melaninę w substantia nigra. Żelazo w mózgu występuje też czasami jako luźnie związane w komórkach barwikowych; w tych wypadkach daje się łatwo usunąć zapomocą kwasów. Część nerw. przysutki daje normalnie słabą reakcję na żelazo, ale często spotykamy w niej barwik zawierający żelazo, a dający silne zabarwienie miejscowe. U płodów brak jest zupełnie wyżej wymienionych odczynów. Z wiekiem występują one coraz wyraźniej, typową granicę osiągają aż po okresie pokwitania. U zwierząt występują odczyny te w tych samych okolicach, ale znacznie słabiej i to tylko jako rozlane zabarwienie bez ziarnistości i barwików. Centra I. i II grupy stanowią razem układ dróg pozapiramidowych. Nadto globus pallidus i zona reticulata wykazują bliższe powinowactwo i autor uważa je za pochodzące wspólnie z międzymóżdża (Zwischenhirn). Żelazo, wykazywane przez Spatza, niema żadnego związku z rozpadem i odbudową hemoglobiny, a zostaje zużywane dla przemiany materji samych komórek bez odtransportowywania. Autor za Warburgiem wyraża przypuszczenie, że odgrywa ono rolę przy oddychaniu komórki, jako katalizator. W niektórych przypadkach zajęcia dróg pozapiramidowych występuje wzmożona reakcja na żelazo.

W porażeniu postępowem nagromadzają się barwiki, zawierające żelazo w naciekach okołonaczyniowych. Autor zwraca uwagę na częste zmiany w ciele prążkowanem przy porażeniu postępowem. Żelazo w naciekach okołonaczyniowych pochodzi z krwi przez przepuszczalność wewnętrznej ściany naczyniowej. W miejscach krwotoków mózgowych występuje silna reakcja na żelazo, zależna od ogniska i z niem związana, nie pozostająca w żadnym stosunku do żelaza komórkowego. W przypadkach wewnątrznaczyniowego rozpadu czerwonych ciałek krwi (anemia perniciosa) nie znachodził autor wzmożonej ilości żelaza w komórkach. Dalsze rozwinięcie tematu obiecuje autor w II części.

W i t t h a u e r W. **Przypadek karłowatości pochodzenia przysadkowego.** Autor opisuje przypadek karłowatości u 24 l. mężczyzny z zanikiem nerwu wzrokowego i wykazanem Roentgenem zamazaniem sidła tureckiego. Uważa karlectwo to za wywołane przez guz nie postępujący przedniego płatu przysadki.

M a y e r C. **O rodzaju skurczu mięśni przy odruchu stawowym.** Na podstawie badania galwanometrycznego skurczu mięśni dużego palca ręki stwierdza autor, że opozycja tegoż palca przy odruchu stawowym polega na kurczu tężcowym mięśni.

P f e i f e r R. **Prawa półkula mózgowa i działanie.** Autor w obronie swego stanowiska w sprawie praworęczności w polemicznej pracy z Lipmannem stara się udowodnić, że przy ćwiczeniu jednostronnej muskulatury impulsy ruchowe przechodzą na stronę przeciwną i wywołują w mięśniach odpowiednich zdolność do analogicznych czynności. Cały ten proces przejścia inerwacji na drugą półkulę mózgową i wywołania tam zdolności ruchowych odbywa się nieświadomie. Tym sposobem powstaje efekt ruchowy wręcz przeciwny danemu ruchowi, ćwiczonemu dowolnie. Przykładem tego rodzaju przebiegu inerwacji jest tak często zdarzająca się skłonność do pisma lustrowego u praworękich, próbujących pisać lewą ręką. Dzięki tego rodzaju inerwacji, powstają przy ćwiczeniu jakiegokolwiek ruchu impulsy hamujące, w kończynie nie ćwiczonej, ruchy zgodne co do kierunku z ćwiczonemi. Autor uważa te impulsy hamujące za najistotniejszą przyczynę przewagi jednej kończyny nad drugą. Dzięki spostrzeganiu i przykładom patologicznej leworęczności, jak u Leonarda da Vinci i Menzla, uważa autor prawdziwą oburęczność za iluzoryczną, właśnie dzięki tym impulsom hamującym. Dla ruchów niemożliwych do oddzielnego ćwiczenia jak np. mowa, półkula prawa odgrywa rolę ośrodka dla automatyzmów podporządkowanych półkuli lewej, o roli bardziej czynnej.

Demianowska (Lwów).

Medycyna wewnętrzna.

D. Arch. f. Klin. Med.

Tom 140. Zeszyt 5—6. 1922.

A d l e r. **O urobilinie.** Każdy osobnik zdrowy, z nieznacznemi wyjątkami, wydziela o każdej prawie porze doby, nieznaczne ilości urobiliny, razem w ciągu doby 20—25 mg. Brak urobiliny stwierdza się niekiedy w przypadkach moczówki prostej i cukrowej, w wielomoczu, w marskości nerek, a więc w przypadkach, w których chory naraz oddaje wiele moczu. Krzywa fizjologiczna urobilinurji wykazuje, że pierwszy ranny mocz zawiera nieznaczne, lecz zupełnie wyraźne ilości urobiliny. Ilość ta zmniejsza się następnie w godzinach przedobiednich staje się największą w 3—5 godzin po obiedzie, wieczorem znowu się zmniejsza, po kolacji niekiedy nieco się powiększa i w ciągu nocy wreszcie prawie zupełnie opada do zera. Z rodzajów pożywienia najbardziej wzmaga wydzielanie urobiliny pożywienie białkowe, następnie tłuszcze, najmniej zaś węglowodany. Głód zwiększa urobilinurję, zwłaszcza jeśli po okresie głodu spożywa się dużo białka. Ilość wtedy wydzielonej urobiliny sięga cyfr chorobowych. Pożywienie mieszane nie wywołuje tak znacznej urobilinurji, jak djeta wyłącznie białkowa. W ciąży, zwłaszcza w drugim jej okresie, wydzielanie urobiliny jest zwiększone, wynosi około 40 mg dziennie. W okresie popołogowym urobilinurja jest jeszcze znaczniejsza i dochodzi do 60 mg dziennie. W rzucawce wydziela się bardzo dużo urobiliny. U noworodków, w pierwszych dwóch dniach po urodzeniu urobiliny w moczu nigdy niema; w ciągu następnych dni urobilina zjawia się niekiedy w moczu, mimo zupełnego braku sterkobiliny w stołeczkach. Fakt ten stanowi poważny zarzut dla teorji jelitowo-wątrobowego pochodzenia urobiliny. Największe ilości urobiliny w moczu, niekiedy do 1 gr dziennie, spotykamy w cierpieniach wątroby, ze zmianami miąższowemi. W kamicy żółciowej, raku wątroby i pęcherzyka żółciowego ilość wydalonej urobiliny z moczem wynosi 100—300 mg. W mechanicznem zamknięciu dróg żółciowych, z zupełną niedrożnością, urobiliny w moczu niema. Znaczne jej ilości zjawiają się natomiast przed wystąpieniem i po ustąpieniu niedrożności. Choroby zakaźne, jak płonica, dur, włóknikowe zapalenie płuc przebiegają z znaczną urobilinurją, niekiedy do 600 mg dziennie. Tak samo — daleko posunięta gruźlica płuc; błonica i czerwonka — z znacznie mniejszą. W żółtaczce hemolitycznej mocz zawiera do 300—400 mg urobiliny. W niedokrwistości złośliwej ilość wydzielonej urobiliny jest tylko nieznacznie większa, wynosi 30—50 mg dziennie. W ostrej białaczce urobilinurja jest znaczna, w przewlekłej — niewielka. W ciężkich przypadkach cukrzycy mocz zawiera dużo urobiliny; chorzy cukrzycowi po spożyciu węglowodanów mają większą urobilinurję. Autor wreszcie wypowiada pogląd, że urobilinurja jest najczulszym wskaźnikiem zatrzymania składników żółciowych we krwi. *J. Landsberger* (Warszawa)

Chirurgja.

Surg. Gyn. and Obst.

Tom 32. Nr. 2.

W. J. M a y o. **Śmiertelność i wyniki ostateczne w chirurgji.** Znany chirurg amerykański zdaje w tej pracy sprawę z 5670 operacyj brzusznych, wykonanych w ciągu 1919 r w szpitalu Św. Marji w Rochester. Wycięcie macicy nadpochwowe (539 przypadków) dało 1,6% śmiertelności, gdy 96

operacyj wycięcia całkowitego z powodu raka — 0%. Ze względu na konieczność usuwania w pewnych razach szyi macicy po wycięciu nadpochwowem, a to z powodu raka części pochwowej lub zwyrodnienia torbielowego, M. jest zwolennikiem raczej wycięcia macicy całkowitego. Do zmniejszenia śmiertelności pooperacyjnej oraz do polepszeniu wyniku ostatecznego w raku macicy w niemałym stopniu przyczyniło się uprzednie stosowanie radu. Zabiegi na drogach żółciowych dały na 1000 przypadków wycięcia pęcherzyka żółciowego 1,6% śmiertelności. M. sączkuje jamę brzuszną po tym zabiegu tylko w wyjątkowych razach. W 139 przypadkach kamieni przewodu wspólnego śmiertelność wynosiła aż 8,6%, a to skutkiem powikłań: żółtaczki, charłactwa, zapalenia nerek. W paru przypadkach wytworzenie się nowych kamieni w przewodzie wspólnym wymagało drugiej, a nawet trzeciej operacji. Sączkowanie dróg żółciowych jest konieczne w zatkaniu przewodu wspólnego i w zapaleniu dróg żółciowych, w innych przypadkach znaczenie sączkowania bywa przeceniane. 711 zabiegów we wrzodzie dwunastnicy i jego powikłaniach dało 0,9—1% śmiertelności w 95% wyniki były dobre. Wrzody pooperacyjne w miejscu zespolenia spostrzega M. znacznie rzadziej od czasu wyłącznego stosowania szwu strunowego Małe wrzody dwunastnicy, krwawiące nadają się do wycięcia lub wyżegania (sposób Balfour'a) bez zespolenia dodatkowego, duże — do wycięcia okrężnego i połączenia końcowego. 163 zabiegi we wrzodach żołądka i ich powikłaniach dały 2,4% śmiertelności, wyniki były w 85% dobre. Możliwości rakowego zwyrodnienia wrzodu nie należy lekceważyć. Zespolenie często nie daje wyleczenia wrzodu żołądka, o ile nie jest to wrzód przyodźwiernikowy, natomiast wycięcie daje dobre wyniki głównie we wrzodach małych i w części wpustowej. Po odręcznem zbadaniu drobnowidowem wyciętej podczas operacji tkanki M. najchętniej stosuje wycięcie wrzodu żegadłem z dodaniem zespolenia lub we wrzodach dużych — wycięcie częściowe żołądka. Co się tyczy nowotworów złośliwych przewodu pokarmowego, to 105 resekcyj żołądka dało 10% zejść śmiertelnych. W latach poprzednich liczba ta była mniejszą, ale zato obecnie odsetek przypadków zakwalifikowanych do zabiegu zwiększył się skutkiem stopniowego przesuwania granicy operacyjności. Na 63 chorych z rakiem jelita grubego 11 zmarło po operacji, na to z rakiem odbytnicy — 7-miu. Pomimo dużej śmiertelności, jest faktem, że nieraz nawet zapuszczone przypadki dają trwałe wyniki. Do przesunięcia granicy operacyjności zmusiły autora następujące liczby: przy wyborze do zabiegu 25% zgłaszających się z rakiem okrężnicy osiągano tylko 13% wyleczenia dla ogólnej liczby zgłoszeń, przy wyborze 50%—22%, obecnie przy przesunięciu granicy operacyjności do 71,8%, choć śmiertelność pooperacyjna wzrosła, liczba wyleczeń powyżej 51 lat wynosi 27% ogólnej liczby zgłoszeń. Wiadomo, że rak przewodu pokarmowego pozostaje przez długi przeciąg czasu schorzeniem miejscowem, że gruczoły powiększone są częstokroć wyrazem sprawy zapalnej, a nie przerzutu, to też M. wykonywa z powodzeniem rozległe resekcje nawet kilku pętlic kiszkowych. Po leczeniu radem M. nie widział tak zachęcających wyników, jak w raku macicy, choć często były niewątpliwe. Zakładanie przetoki kiszkowej przed zabiegiem stosuje autor stale w przypadkach z niedrożnością, w innych nie uważa tego za konieczne. Przetoka kiszkowa może służyć do wprowadzenia do kiszki radu. Z dwóch głównych przyczyn śmiertelności pooperacyjnej: zakażenia i powikłań płucnych— te ostatnie zdarzają się równie często po uśpieniu, jak i po znieczuleniu miejscowem. Celem zmniejszenia śmiertelności należy: wyłączać przypadki nienadające się do zabiegu — drogą dokładnego zbadania, dążyć od uwolnienia jelita od zawartości przed operacją, zakładać przetokę u chorych z niedrożnością, wreszcie podczas operacji delikatnie obchodzić się z guzem, by nie sprzyjać szerzeniu się zakażenia i odrywaniu się cząstek nowotworów. Wyniki ostateczne w rakach kiszki grubej są stosunkowo bardzo dobre. 50% operowanych żyje ponad 5 lat. Jeden chory żył po 15 latach, 4 po 14, 7 po 12, 8 po 10 itd.

Br. Szerszyński. (Warszawa).

Bull. of the Johns Hopkins Hospital.

Tom XXXIII Nr. 381. 1922.

M. R. Reid. **Przeszczepianie skóry na rany, powstałe po operacji skutkiem zapalenia szpiku kostnego zapomocą odmiany sposobu Reverdin'a.** Sposób proponowany przez autora jest odmianą sposobu Reverdin'a, polegającą na przeszczepianiu dużych kęp warstwy nabłonkowej, ściętej wraz z brodawkową na dno i ściany jamy kostnej, której ziarninowa powierzchnia musi być uprzednio odkażona zapomocą płynu Dakin'a w ciągu 2—3 tygodni po operacji. Po przeszczepieniu płatków naskórka o średnicy pół cm ranę wystawia się na przeciąg 6—8 godzin na działanie powietrza, co ma sprzyjać ustaleniu się przeszczepów na powierzchni ziarninowej. Następnie ranę pokrywa się jedną warstwą gazy i w przeciągu kilku dni stosuje się wilgotne okłady. Po upływie trzech dni przeszczepy przyjmują się i wówczas znowu stosuje się płyn Dakin'a w postaci okładów, zmienianych co dwie godziny w dzień i co cztery w nocy. Po 5 dniach przestajemy stosować okłady z płynu Dakina i wówczas ranę pokrywa się warstwą lnianego płótna. Zawyczaj cała powierzchnia rany pokrywa się naskórkiem po upływie 10 dni lub 2 tygodni. Jeśli ziarnina jest zanadto wybujała, nie należy stosować środków przyżegających; wystarczy wówczas przez parę dni stosować płyn Dakina, aby nadmiernie wybujałą ziarninę zniżyć do poziomu przeszczepów. Badaniem zapomocą odlewów gipsowych autor przekonał się, że zagłębienie w kości z czasem wypełnia się i że w końcu poziom jego zrównywa się z otoczeniem. R. osiąga tym sposobem wyleczenie w przeciągu sześciu tygodni. *J. Mossakowski* (Warszawa).

Nr. 378. 1922.

W. H. Lewis i C. Mac Coy. **Jak długo komórki pozostają żywe po śmierci ustroju?** Wiadomo, że po śmierci ustroju komórki żyją jeszcze czas jakiś, czego dowodem »przyjmowanie się« tkanek przeszczepionych, po części i oddziaływanie mięśnia wyciętego na prąd elektryczny. Hodowanie tkanek dowiodło nie tylko życia komórek, niepozostających w związku z ustrojem, ale i zdolność rozmnażania się. Fischer hodował komórki nabłonkowe przeszło dwa miesiące, Ebeling — komórki łącznotkankowe całemi latami. W badaniach swych L. i C. za sprawdzian życia komórek uważali: obecność w nich ziarenek i wodniczek, które prawdopodobnie są wytworem autolizy i barwią się czerwienią obojętną, dopóki komórka żyje oraz jednolity wygląd jądra bez śladów otoczki. Sprawdzianem śmierci komórki było: brak zabarwienia ziarenek i wodniczek, rozlane różowe zabarwienie zarodzi i jądra, obecność wyraźnej otoczki jądrowej, wreszcie zmiany budowy zarodzi i jądra.

Autorowie wykonali cztery serje doświadczeń. W 1 przechowywane całe narządy w ciepłocie 37° F, w 2 kawałki tkanek pozostawiano w roczynie barwika (czerwień obojętna) w ciepłocie pokojowej, w 3 całe zwierzę (szczury) trzywano w ciepłocie 37° F, w 4 zwłoki zwierzęcia przechowywano w ciepłocie pokojowej. Najdłużej żyły komórki w serji 1-ej, o połowę krócej w serjach 2-ej i 3-ej, daleko krócej w serji 4-ej.

Badając kawałeczki różnych tkanek szczura, w różnych odstępach czasu od śmierci zwierzęcia, L. i C. przekonali się, że nie wszystkie rodzaje komórek jednakowo długo pozostają żywe. Z tego punktu widzenia możnaby je wyliczyć w następującym porządku: makrofagi, komórki chrzęstne, kanalików moczowych, mięśni gładkich, ślinianek, nabłonek pęcherza, nabłonek tchawicy, języka, śródbłonek, limfocyty, mikrocyty, nabłonek płuc, białe ciałka krwi, komórki Kupffera, makrofagi mózgu, komórki trzustki, czerwone krwinki, komórki wątroby, komórki Sertoli'ego, mezenchyma, komórki pęcherzyków jajnika, nabłonek najądrza, komórki nadnerczy, nabłonek kiszkowy i komórki mózgowe. Makrofagi wykazują objawy życia około 240 godzin, komórki mózgowe — mniej niż godzinę. W komórkach tłuszczowych ziarenka i wodniczki znajdowano bardzo rzadko, w mięśniach prążkowanych — wcale. (Co do mięśni prążkowanych badania powyższe stwierdzają wypowiedziany przed 12 laty pogląd Bardenheuera —

D. Z. für Chirurgie T. 108, że w razie zaburzeń w ukrwieniu kończyn pierwszą tkanką, która obumiera, są mięśnie prążkowane. Przyp. ref). *Br. Szerszyński* (Warszawa).

The Lancet.

1922. Nr. 5167.

Dudgeon. **Ślinianki a rak.** Badania drobiazgowe przeprowadzone w 78 przypadkach raka języka, wargi dolnej i dna jamy ustnej wykazały, że ogniska rakowe znajdowały się w śliniankach podżuchwowych tylko w dwóch, bardzo już daleko posuniętych przypadkach. Natomiast przylegające głębokie gruczoły chłonne okazały się zajętemi w 28% wczesnego raka języka; w 50% w późniejszych okresach i w 40% raka wargi dolnej. Badanie preparatów wykazało niejednokrotnie, że usunięto ślinianki nie całkowicie, pozostawiając głęboką warstwę, zawierającą gruczoły chłonne, czyli najniebezpieczniejszą. Bardzo często ślinianka, klinicznie przedstawiająca się jako bezwzględnie zrakowaciała tj. powiększona, twarda itp., wykazywała przy badaniu drobnowidowem tylko zmiany zapalne. Wobec powyższego usuwania ślinianek nie można zaniechać, albowiem razem z niemi pozostałyby się i gruczoły chłonne. Pozostawienie ślinianek dopuszczalne byłoby tylko w bardzo wczesnych przypadkach, dla jakichś istotnych powodów, a i wtedy stanowiłoby pewne ryzyko. *A. Wojciechowski* (Warszawa).

Arch. f. klin. Chir.

Tom. 120. Z. 1.

E. Pribram. **Leczenie raka odbytnicy w świetle doświadczeń kliniki w Lipsku.** W okresie ostatnich lat 10 zgłosiło się 320 chorych na raka odbytnicy; z tych 139 (43,4%) było operowanych doszczętnie, w 121 przypadkach zastosowano zabieg łagodzący, 60 nie operowano wogóle. Mężczyzn było dwa razy więcej, niż kobiet. Podług wieku największe liczby przypadają na okres między 60 a 70 rokiem życia, następnie pomiędzy 50 i 60. Dziedziczność tylko w 3,5% można było zaznaczyć. Natomiast większe nieco znaczenie zdają się mieć czynniki, podtrzymujące przewlekłe podrażnienie odbytnicy, jak guzy krwawnicze, szczeliny, przetoki itp. Czynniki powyższe stwierdzono u 10% chorych. Co się tyczy umiejscowienia schorzenia, to przeszło połowa guzów znajdowała się w bańce odbytnicy. Również przeszło połowa guzów należała do kategoryj opasujących, rzadziej zauważyć można było guzy przedniej lub tylnej ściany, a wyjątkowo tylko bocznych ścian odbytnicy. Zabiegi niedoszczętne polegały przeważnie na wytworzeniu sztucznego odbytu. Operacja ta wzmaga siły i może znacznie przedłużyć życie; w jednym przypadku w trzy lata po wytworzeniu sztucznego odbytu badanie wykazało, że pomimo ogromnego guza, stan ogólny chorego był wcale niezły, odżywienie nienajgorsze. W operacjach doszczętnych stałą groźbę stanowi możliwość powstania częściowej zgorzeli jelita, pomimo najstaranniejszego uwzględnienia stosunków naczyniowych. Następnie częstem powikłaniem jest puszczenie szwu na tylnym obwodzie jelita; ażeby temu zapobiedz, pokrywano to miejsce płatem skórnym podług Rotter'a. Wyleczenia trwałe oblicza autor na 22,8%, a po odliczeniu zmarłych pośrednio po zabiegu na 33,3%. Najlepsze wyniki otrzymano po sposobie Hochenegg'a. Niekiedy wskazane jest uprzednie wytworzenie odbytu sztucznego i płukanie roztworami odkażającemi. Sposoby brzuszno-krzyżowe, mianowicie metoda Quénu, jest niebezpieczna ze względu na wstrząs i możliwość zakażenia otrzewnej. W braku zwieracza względnie najlepsze wyniki daje stosowanie kółka gumowego podług Matti'ego. Wszystkie histologiczne rodzaje raka mogą być trwale wyleczone; najgorsze rokowanie jest nie w raku śluzowym, lecz w stałym (solid) naciekowym. Leczenie promieniami ani przed, ani po zabiegu nie daje wyników dodatnich. *A. Wojciechowski* (Warszawa).

Hoffmann. **W sprawie dekapsulacji nerek w ich ostrych schorzeniach.** Autor przedsięwziął badania na zwierzętach w celu wyjaśnienia wpływu pozbawienia nerki otoczki na krwiobieg w niej i na zachowanie się takiej nerki po stosowaniu różnych czynników szkodliwych (podwiązanie moczowodu, sublimat, chlorek potasu). Okazało się, że we wszystkich przypadkach nerka nie pozbawiona otoczki wykazywała zmiany dalej powstałe i w większych rozmiarach, a zwłaszcza ukrwienie takiej nerki było zawsze więcej upośledzone (zastój), niż nerki pozbawionej otoczki. Dekapsulacja wywiera wpływ dodatni na krwiobieg nerki, zmniejsza szkodliwość zastoju moczu i działanie jadów na nerkę. Jak te ostatnie tłumaczyć należy, obecnie jeszcze nie jest rzeczą jasną. Na podstawie swych badań autor mniema, że nawet i przy mało powiększonej nerce dekapsulacja działa dodatnio oraz że wywiera ona dodatni wpływ na krwawienia miąższowe.

Takahashi i Miyata. **Przeszczepienie wolnych płatów skórnych.** Przeszczepienie skóry z królika na królika nigdy się nie udawało. Przeszczep wgajał się po 4 dniach, później następowało zwyrodnienie (po 16 dniach) i wreszcie odpadał (na 30 dzień). Natomiast przeszczepienie własnowytwórcze prawie zawsze dawało dobre wyniki (87,5). — Pomimo takich wyników przeszczepienia bliźniowytwórczego (homoplastycznego) może ono mieć pewne znaczenie, albowiem przeszczep pozostaje pewien czas żywy i odgrywa przez ten okres rolę powłoki ochronnej. Zostało doświadczalnie dowiedzione, że komórki skóry królika, przechowywanej w wilgotnej gazie przy 7° C żyją jeszcze po 11 dniach. W razie uprzedniego wszczepienia u tych samych zwierząt — przeszczep ginie dwa razy prędzej, niż zwykle, a pozwala przypuszczać, że wytwarza się wtedy jakaś substancja, działająca niszcząco na przeszczep. Usiłowania wytworzenia przeciwciała spełzły na niczem. *A. Wojciechowski* (Warszawa).

Seifert i Augustin. **Badania statystyczne zapalenia wyrostka robaczkowego.** Po opracowaniu statystycznem odnośnego materjału z kliniki chirurgicznej w Würzburgu i porównaniu otrzymanych liczb z danemi innych autorów, S. i A. przyszli do następujących wniosków (przytacza tylko najważniejsze). Daje się zauważyć pewne obniżenie tak ogólnej liczby schorzeń, jak i powikłań, względnie śmiertelności. Lata wojenne dały niskie liczby. Stan pogody nie wpływa na częstość schorzeń; związku więc pomiędzy poszczególnemi porami roku, a częstszem zapadaniem na zapalenie wyrostka należy szukać gdzieindziej. Lata obfitsze w przypadki zapalenia wyrostka wykazują naogół łagodniejszy przebieg. Pewien wpływ grypy na częstość schorzeń wyrostkowych daje się zauważyć. Oprócz przewagi chorych płci męskiej, rzuca się w oczy olbrzymia przewaga liczbowa chorych do lat 20, w wieku późniejszym zapalenie wyrostka zdarza się o wiele rzadziej. Śmiertelność natomiast jest większa u dzieci. Prawie połowa przypadków była operowana w ciągu pierwszych trzech dni, mianowicie najczęściej trzeciego, względnie drugiego dnia. Później operowane przypadki (po czwartej dobie) mają znacznie gorsze rokowanie i obfitują w powikłania. Z tych ostatnich najczęstszemi są rozlane lub umiejscowione zapalenia otrzewnej; stanowią one 92,3% przyczyn zejścia. Śmiertelność ogólna wynosiła 6,8%. Autorzy są zwolennikami jaknajwcześniejszego zabiegu operacyjnego; wyjątkowo tylko operacje były wykonywane zupełnie na »zimno«. *A. Wojciechowski* (Warszawa).

Bibljografja.

Piśmiennictwo polskie.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego Tom CXV, Z. 1.: Protokóły posiedzeń klinicznych Tow. Lek. Warsz. za rok 1919.

Opieka nad dzieckiem Nr. 2.: W. Szejnach: Najważniejsze warunki rozwoju opieki nad dziećmi. — T. Jaroszyński: Psychologja i profilaktyka przestępczości u dzieci. — J. Korczak: Występna kara. — M. Gromski: Działalność 77 stacji Opieki nad niemowlętami w Polsce w ciągu 2 półrocza 1922 r. **Nr. 3.:** H. Mogilnicki: Walka z przestępczością nieletnich. — E. Piechnik: Opieka zawodowa. — A. Szererowa: Nerwowość u dzieci powodem samobójstw. — A. Klęsk: Wpływ wojny na stan odżywiania naszej młodzieży. — J. Korczak: Moczenie nocne dzieci internatu.

Wiadomości Farmaceutyczne Nr 20 b. r.: Środki lekarskie i ich zafałszowanie na rynku warszawskim w dobie powojennej.

Polska Dentystyka Nr. 4.: A. Cieszyński: Wytyczne trafnego rozpoznawania nieprawidłowości szczękowych — ortognatostatyka, radiogomometr i żuchwomierz do pomiarów żuchwy na żywym. — S. Sokalski: Stopy miedzi jako zastępki metali szlachetnych w jamie ustnej.

Biuletyn Polskiego Komitetu do zwalczania raka Nr. 1. — 1923 r.: S. Raczyński: W sprawie walki z rakiem.

Kwartalnik kliniczny Szp. Starozakonnych w Warszawie Tom II. Zesz. II. D. Szenkier: W sprawie rozpoznania roponercza. — J. Mackiewicz: O nowym przyrządzie do wprowadzania powietrza do kanału kręgowego. — J. Rosenberg: Kilka słów o odczynach kłaczkowych Meinicke'go i Sachs-Georgi'ego dla rozpoznawania kiły. — Z. Srebrny: Zmysł powonienia w diagnostyce klinicznej.

Nowiny Lekarskie Nr. 4.: S. Michalski: Miażdżyca tętnicy płucnej. — T. Kleczkowski: Studja nad zaburzeniem równowagi mięśniowej przy zezie zbieżnym i rozbieżnym oraz sposób leczenia operacyjnego. — K. Tarnowski: Wskazania do legalnego przerwania ciąży. — H. Wirszubski: Letargiczne zapalenie mózgu. — S. Bronowski: Czem jest choroba, czem winien być lekarz, podstawy terapji chorób wewnętrznych oraz czem jest klinika lekarska.

Dr. A. Sabatowski: **Klimatoterapja oraz Hydroterapja** ogólna i zdrojowiskowa z opisem uzdrowisk polskich. Lwów. 1923. Skład główny: Książnica Polska Lwów-Warszawa.

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 31 stycznia 1923 r.

Przewodniczy prof. Majewski.

Obecnych członków 91.

1. Kol. Majewski zawiadamia, że ze względu na olbrzymie koszty nie będzie się nadal zamieszczać w dziennikach komunikatów w sprawie posiedzeń Tow. lekarskiego, natomiast szczegółowe programy posiedzeń będą wywieszane w 25 ważniejszych punktach miasta.

W każdą pierwszą środę miesiąca będą posiedzenia Tow. lek. poświęcone pokazom chorych.

2. Następuje odczyt kol. Blassberga p. t. **Nowoczesne zmiany poglądów na cukrzycę i jej leczenie** (rzecz ogłoszona w P. G. L.).

W dyskusji kol. Orłowski podkreśla ujemne znaczenie w leczeniu chorych na cukrzycę przekarmiania chorych, podnosi znaczenie alkoholu i żelatyny w okresach djety białkowo-tłuszczowej, omawia stosowanie węglowodanów stopionych, zaleca w przypadkach kwasicy stosowanie dwuwęglanu sodowego w lewatywach, podany bowiem w ten sposób dwuwęglan sodowy, jak wykazał mówca, podnosi wybitniej zasadowość krwi, niż podany przez usta; wreszcie przeprowadza różnicę między *aciaosis spontanea* i *alimentaria*.

Kol. Glassner podkreśla wielkie zasługi Kolischa w ugruntowaniu zasad teoretycznych dla obecnych metod leczenia djetetycznego. Ze swoją »Reiztheorie« wystąpił Kolisch jeszcze przed 30 laty; przez cały szereg lat był zawzięcie zwalczany przez tych właśnie, którzy obecną djetę w cukrzycy zalecają, a przecież ta djeta jest bezpośrednią konsekwencją jego teorji. Dalej zwraca uwagę na konieczność indywidualizacji każdego przypadku cukrzycy. Wszelkie schematy djetetyczne muszą być dostosowane nie do cukrzycy, jako jednostki klinicznej, lecz do osoby chorej na cukrzycę.

Posiedzenie naukowe w dniu 7. lutego 1923.

Przewodniczy prof. Majewski. Obecnych członków 87.

Po odczytaniu protokółu z ostatniego posiedzenia 1. przyjęto na członków zwyczajnych Towarzystwa kolegów Bergera Mieczysława, Pokornego Gwidona, Ręczajskiego i Reinera Otmara.

2. Kol. Ręczajski przedstawia 59 letniego chorego, który od czerwca 1922 r. leczy się chininą i arsenem z powodu napadów zimnicy, występujących codziennie z dreszczami i gorączką. Poza napadem ogólne osłabienie, zamroczenia głowy, brak łaknienia, apatja. Z przebytych chorób: suche zapalenie opłucnej. Wątroba wielka, gładka i twarda.

Badanie moczu, cytologiczne badanie krwi oraz na pasorzyty zimnicze nie wykrywa nic nieprawidłowego. Po zastosowaniu prób wywołania napadów zimnicy (faradyzacja śledziony, zastrzykiwania adrenaliny, mleka, peptonu) pomimo ogólnego silnego odczynu, badanie krwi na pasorzyty zimnicze dało wyniki ujemne. Odczyn Wassermanna dodatni.

Rozpoznanie: **Kiła wątroby.** Leczenie swoiste (rtęć, salwarsan) sprowadziło zmniejszenie wątroby oraz ustąpienie jej tkliwości; napadów chory nie ma (streszczenie własne).

3. Kol. Pogonowski przedstawia chorą 33 letnią, wdowę, która w grudniu 1922 zauważyła w okolicy pachwiny prawej niewielki guz, który po ucisku cofnął się, miały być wtedy bóle i wymioty. Odtąd często, bo po ciężkiej pracy, jak i dłuższem chodzeniu wypuklał się guz, lecz łatwo się cofał. Obecnie guz powiększył się i nie da się cofnąć.

St. praes. Po stronie prawej ponad pachwiną wyczuwa się guz wielkości dużej pięści o ścianach napiętych. Treść jest twarda i nierówna. Badanie przez pochwę wykazuje część pochwową drobną, stożkowatą, przemieszczoną ku górze i zwróconą ku stronie lewej i tylowi, część nadpochwowa wydłużona i przeciągnięta na stronę prawą gubi się w okolicy pierścienia pachwinowego brzusznego. Przydatki niewyczuwalne. Dolegliwości chora nie odczuwa. Rozp. **Przepuklina pachw. prawa z zawartością macicy. (Hysterocele inguinalis).** W znieczuleniu lędźwiowem tropoc. 0.07 wykonano herniotomię modo Bassini. Po otwarciu worka przepuklinowego stwierdzono w nim prawe przydatki i trzon macicy i zauważono, że więzadło oble prawe jest bardzo krótkie. Po odprowadzeniu zawartości przepuklinowej przyszyto wiązadło oble prawe w okolicy pierścienia pachwinowego brzusznego. Aby przywrócić macicy prawidłowe położenie, wykonano po stronie lewej zabieg Alexandra Adamsa, polegający na skróceniu więzadła oblego. Obecnie po 2 tygodniach rana pooperacyjna zagojona per primam, macica znajduje się w przodozgięciu. Chora opuszcza klinikę. W piśmiennictwie zebrał Küstner 21 przypadków (10 nieciężarnych i 11 ciężarnych macic w przepuklinie). Przyczyną powstania przepukliny jest w tym przypadku bezwątpienia wada w rozwoju, a dowodem tego bardzo krótkie więzadło oble prawe.

4. Kol. Szymanowicz przedstawia kobietę 36 letnią, zawsze zdrową, dziedzicznie nieobciążoną, wieloródkę, u której przy drugim porodzie operacyjnym wystąpiła prawdopodobnie **przetoka pęcherzowo-pochwowa**, w okolicy szyi pęcherza usadowiona. Przetokę tę operowano trzy razy poza kliniką, pocem stan polepszył się, lecz tylko do tego stopnia, że chora mogła utrzymać w pozycji stojącej najwyżej 20 ccm moczu. W międzyczasie przebyła trzy ciąże i porodziła prawidłowo, zdrowe dzieci, a przed kilku tygodniami zgłosiła się do kliniki ginekol. położniczej U. J., z prośbą o leczenie.

Tu wykluczono obecność jakiejkolwiekbądź przetoki, a stwierdzono niemożność utrzymania moczu z powodu osłabienia, czy też uszkodzenia zwieracza wewn. cewki. W celu wyleczenia tego cierpienia, wybrano jedyną, zdaje się, w tym przypadku odpowiednią metodę, a mianowicie Gersuny'ego, polegającą na uwolnieniu cewki na całej przestrzeni od otoczenia i skręcenia jej o pewną ilość stopni.

Odpreparowaną na tępo i częściowo nożyczkami cewkę skręcono o 180° i przyszyto w ten sposób, że dolny jej biegun przypadł pod łechtaczkę. Zeszycie brzegów wykrajanej błony śluzowej przedniej ściany pochwy i wyprowadzenie małego setonu zakończyło operację.

Po trzech tygodniach wynik bardzo dobry, chora zatrzymuje mocz dowolnie długo i oddaje go bezboleśnie. Jaki będzie późniejszy wynik, trudno na razie orzec, należy jednak przypuszczać, że będzie stały.

W dyskusji kol. Woyciechowski zaznacza, że osobiście wykonał zabieg ten raz jeden w przypadku t. zw. *epispadiasis feminina congenita*. Po odpreparowaniu płatka wachlarzowatego, powstałego z rozszczepionej cewki, zeszyto go ponad cienkim cewnikiem, tworząc cewkę o małem świetle i, okręciwszy ją o 180°, podciągnięto wejście do cewki możliwie wysoko i przytwierdzono je w tem położeniu 4 szwami. Wynik był korzystny, chora (dziewczynka około 12 letnia) oddawała mocz świadomie, aczkowiek z powodu małej pojemności pęcherza dość często, mniej więcej co 2 godziny.

5. Kol. Rosner przedstawia chorą, u której rozpoznał połowicze zamknięcie pochwy ze zropieniem treści zatrzymanej poza przegrodą (hemigynatresia sinistra, pyokolpos). Pochwa, w której po lewej stronie czuje się guz chełboczący (pyokolpos lateralis), jest tak długa, że do jej sklepień zgoła dojść nie można. Uciskając ów chełboczący guz stwierdza się wylew ropy bardzo cuchnącej z niedostępnych dla palca sklepień. Widocznie istnieje połączenie między drożną prawą połową części rodnych a zarośniętą lewą. Ta komunikacja musi być wąska lub przebiega ukośnie przez miąższ maciczny, wskutek czego zamyka się ona co miesiąc w przeddzień miesiączki, w pierwszej jej połowie. Nawet silny ucisk nie wygniata wówczas wydzieliny. Leczenie jest proste — w samym dole wytnie się okno szerokie i otworzy w ten sposób zarośniętą lewą połowę pochwy.

Kol. Rosner uważa, że wada u tej chorej jest wrodzoną i to nietylko duplicitas, co jest naturalnem, ale i zarośnięcie, które, wedle Nagel-Veita, ma być stale nabyte. Przeciwko tej hypotezie przytacza kol R. szereg dowodów, a między innemi i fakt, że właśnie w przypadkach zdwojenia, a więc w wadach rozwojowych najczęściej spotyka się zarośnięcia.

6. Kol. Szancenbach przedstawia: a) **Myoma uteri subserosum** — guz 8 kg, uzyskany drogą zabiegu operacyjnego wśródotrzewnowego; b) **preparat** pięciomiesięcznej **ciąży brzusznej**, gdzie u chorej, która była zaszła w ciążę i zaczęła w drugim miesiącu ciąży krwawić, usiłował jej domowy lekarz opróżnić jamę macicy przy pomocy ostrej łyżeczki w przypuszczeniu, że ma się do czynienia z poronieniem przy zwykłej ciąży. Przyszło wtedy

prawdopodobnie do częściowego poronienia jaja płodowego, znajdującego się w trąbce (ampulla tubae) do jamy brzusznej, gdzie się jaje to wtórnie implantowało i rozwijało dalej. Chora, zaniepokojona brakiem miesiączki zgłosiła się do kliniki, gdzie rozpoznano ciążę pozamaciczną w V-ym mies. Mówca przestrzega przed manipulacjami z powodu krwawienia przed dokładnem przekonaniem się, że rzeczywiście ma się do czynienia ze zwykłem poronieniem.

3) **Preparat ciąży trąbkowej** donoszonej z obumarłym w końcu ciąży płodem. Mówca zwraca uwagę na trudności rozpoznawcze, jakie się zwykle w tych przypadkach spotyka, gdy częstokroć nawet po otwarciu jamy brzusznej, bo nawet wykonaniu zabiegu operacyjnego, operator nie wie, z czem ma do czynienia jak to wykazuje przypadek Tschamera z kliniki w Gracu i przypadek Kenauera przedstawiony w Wiedeńskim Tow. ginekologicznem.

W dyskusji kol. Woyciechowski zwraca uwagę na to, że odejście doczesnej przy ciąży zamacicznej ciągle jeszcze staje się punktem wyjścia dla fałszywego rozpoznania i fałszywych, a dla chorej nieobojętnych, wniosków. Uważa się bowiem często odejście doczesnej za wyraz przebytego poronienia macicznego, a krwawienie dalsze za zatrzymanie resztek jaja płodowego. Odejście doczesnej wcale jeszcze nie świadczy o definitywnem przerwaniu ciąży pozamacicznej. Przeciwnie ciąża może po pęknięciu trąbki rozwijać się dalej. Niedawno mówca operował przypadek tego właśnie rodzaju, gdzie ciąża po pęknięciu dolnej ściany prawej trąbki rozwijała się dalej pomiędzy blaszkami więzadła szerokiego i podpreparowała mesocoecum. Płód znalazł podczas zabiegu żywy, IV miesięczny. Nastąpiło wyleczenie. Nie należy również zapominać o możliwości powikłania ciąży macicznej z pozamaciczną.

7. Kol. prof. Majewski przedstawia 6 tygodniowe dziecko płci żeńskiej z **wrodzonym brakiem gałek ocznych**. Pod spojówką załamków dolnych daje się wykazać obecność torbieli, przeświecających sinawą barwą przez skórę powieki. W lewym oczodole torbiel jest znacznie większa niż w prawym. Powstanie takich torbieli w przypadkach anophthalmus względnie cryptophthalmus congenitus tłumaczy się niedomknięciem szpary zarodkowej oka, co prowadzi do znacznego rozdęcia zawartej między brzegami tej szpary tkanki mezodermalnej i do równoczesnego wstrzymania rozwoju właściwej gałki ocznej. W przypadkach tych anatomicznie daje się wykazać bardzo mały szczątek gałki ocznej, połączony wąskiem pasmem z wielką torbielą.

Posiedzenie naukowe w dniu 14 lutego 1923 r.

Przewodniczy prof. Majewski. Obecnych 152.

1. Przed rozpoczęciem posiedzenia naukowego nadradca skarbowy Zawisza wygłosił referat o ustawie podatkowej i zachowaniu się opodatkowanych lekarzy, poczem po odczytaniu protokółu z posiedzenia Tow. z dn. 7. II. kol. Oszacki wygłosił odczyt p. t. **O różnych postaciach tycia u ludzi**. (Rzecz drukowana w N. 7 i 8 1923 Polskiej Gaz. Lek.).

W dyskusji kol. Blassberg zgadza się z mówcą na potrzebę wyróżniania pozametabolicznych typów tycia i szukania w swoistych właściwościach skóry przyczyny rozmaitego kształtowania się i typów tycia. Uważa jednak, wbrew zapatrywaniu mówcy, za praktyczne i pożyteczne dla celów leczniczych zachowanie klasyfikacji otyłości na endo- i exogeniczną, tak, jak ją Noorden i jego szkoła przyjmuje. W praktyce zachodzi bowiem różnica, czy mamy zadziałać leczniczo na przemianę materji, zaburzoną samą przez się n. p. pod wpływem wadliwego działania gruczołów dokrewnych, n. p. gruczołów płciowych, tarczycy lub przysadki mózgowej, czy też tycie powstało exogenicznie t. j. bez swoistego zaburzenia przemiany materji, a tylko z powodu niestosunku między doprowadzaniem, a zużytkowaniem pokarmów. Doświadczenia życia codziennego wykazują, że cały szereg okoliczności pozornie nieważkich jak: tryb życia i drobne jego zmiany, stan sił, zwyczaje djetetyczne towarzyskie, oraz sposób jedzenia i ubierania się mogą wywierać wpływ nietylko na tycie, lecz także na sposób jego sadowienia się i ukształtowanie ogólne.

Kol. Rosner sądzi, że identyfikowanie typu otyłości trzebieńca z typem otyłości kobiecej nie jest właściwe. Wpływ gruczołów płciowych żeńskich na rozmieszczenie tłuszczu jest wyraźnym; jeśli występuje on wybitnie w ciąży, to dlatego, że wtenczas gruczoły płciowe są wewnętrzno-wydzielniczo silniej czynne, niż poza ciążą.

Typ tycia, jaki się widuje w dystrophia adiposo-genitalis, jest typem trzebieńczym; nie działa tu bezpośrednio przysadka tylko brak wewnętrznego wydzielania gruczołów płciowych. R. pragnąłby usłyszeć zdanie mówcy o chorobie Dercuma, jako odrębnym typie tycia.

Mówca pogląd swój na tę postać tycia bliżej wyjaśnia.

Posiedzenie naukowe w dniu 21 lutego 1923.

Przewodniczy prof. Majewski. Obecnych członków 72.

1. Po odczytaniu protokółu posiedzenia z dnia 14. II. 1923, kol. Prezes zagaja sprawę zniesienia Ministerstwa Zdrowia. Uważa, że Towarzystwo powinno się w tej sprawie wypowiedzieć.

W dyskusji kol. Strzemieński stawia wniosek, aby przyjąć uchwałę, jaką powziął Związek lekarzy, t. j. żądać albo utrzymania Ministerstwa albo, jeśli byłoby zniesione — domagać się, aby lekarz był dyrektorem departamentu zdrowia. Wniosek ten przyjęto większością głosów.

2. Nastąpiły odczyty kol. B. Pieczenki: a) **Z życia Edwarda Jennera**. b) **O istocie chorobotwórczej krowianki**. Cz. I. Morfologja krowianki glicerynowej. Autor zbadał szereg krowianek glicerynowych różnego pochodzenia (krów, królików, baranów, psa). Każda krowianka »czynna« zawiera 3 kategorje elementów morfologicznych: Miazgę rozpadłych komórek, drobnoustroje i bardzo drobne ($^1/_3$—$^1/_4$ u) twory swoiste, »ciałka krowiankowe«. Przy pomocy podanych przez mówcę sposobów utrwalania i barwienia tudzież przy użyciu pewnych fermentów i rozpuszczalników można wyróżnić ciałka krowiankowe wśród składników pierwszej i drugiej kategorji. Można je również, wbrew mniemaniu niektórych autorów, odróżnić od ciałek kolloidalnych i metachromatynowych. Ciałka krowiankowe są to prawdopodobnie, analogicznie do torbieli pierwotniaków i przetrwalników drobnoustrojów, stadja rozwojowe istoty chorobotwórczej ospy-krowianki o wielkiej odporności.

W dyskusji zabierali głos: kol. Blassberg i prof. Szumowski, który zaznacza, że szczepienie ochronne ospy stosowano w Chinach już conajmniej w w. XI. po Chr. Watę napojoną zawartością krost ospowych chorego wkładano dzieciom zdrowym do nosa albo wdmuchiwano do nosa proszek z roztartych strupów ospowych. Było to szczepienie ludziom ospy ludzkiej, które później w Europie otrzymało nazwę variolisatio. Warjolizację stosowano w Europie zwykle na skórze ramienia od początku w. XVIII. Ta metoda jednak miała liczne ujemne strony, ponieważ przebieg ospy zaszczepionej bywał niekiedy równie złośliwy, jak i naturalny. Osoba szczepiona mogła być punktem wyjścia epidemji i t. p. To też variolisatio miała wielu przeciwników i ostatecznie została wyrugowana przez Jennerowskie szczepienie krowianki, t. j. vaccinatio.

Posiedzenie naukowe w dniu 28 lutego 1923.

Przewodniczy prof. Majewski. Obecnych 135 członków.

Po odczytaniu protokółu z dnia 21 lutego 1923 kol. prezes zawiadamia, że w myśl uchwały Tow. lek. wysłał do Prezydjum Rady Ministrów pismo, żądające utrzymania Ministerstwa Zdrowia, ewentualnie domagające się zamianowania lekarza dyrektorem odnośnego departamentu.

2. Kol. Prof. W. Orłowski przedstawia wyniki swoich wieloletnich badań, dotyczących ilości **cholesteryny w surowicy krwi**. Mówca omawia najpierw zasady, na których opierają się różne metody, następnie drogą badań porównawczych z metodami wagowemi Windausa, Kumagawa-Suto, Grigauta i własną ustala zasady, dające możność najdokładniejszego ilościowego określenia cholesteryny w surowicy krwi, wykazuje swemi badaniami niepewność najczęściej używanych metod barwnych Grigauta, Autenrieth-Funka i Weston-Kent-Bacmeister-Henesa, wreszcie, podaje własną metodę barwną, która daje wyniki najdokładniejsze. (Rzecz przeznaczona do druku w rozprawach Akademji Nauk Lekarskich).

Dr. *Paulas*, sekretarz.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

V. Posiedzenie naukowe w dniu 23 lutego 1923.

Przewodniczy Kol. Zieliński. Obecnych 95.

1) Kol. Wolf przedstawia preparat **mięsaka migdałka**, przykrywającego języczek i wyjętego przez jamę ustną u 40-letniego chorego; guz ten był wielkości mandarynki, nie dając jednakże przy tem żadnych cięższych objawów. Następnie omawia szczegóły operacyjne i poleca usuwanie podobnych guzów przez jamę ustną.

W dyskusji kol. Schramm podnosi skuteczność promieni Roentgena na podobne mięsaki, wychodzące z pierścienia Waldeyera. Kilka własnych przypadków, wyleczonych zapomocą naświetlań, upoważnia polecić stosowanie tego sposobu przedtem, niż się zdecyduje na zabieg operacyjny.

2. Kol. Hilarowicz przedstawia **pokazy z kliniki chirurgicznej lwowskiej**: a) chorą 12 letnią, leczoną operacyjnie z powodu **gruźliczego zapalenia I kręgu lędźwiowego** przez usztywnienie kręgosłupa w miejs u chorem sposobem Albee-Polya-Waygiel, w $3^1/_2$ mies. po zabiegu. Po omówieniu hist. rozwoju tego rodzaju operacji, przedstawia technikę Albeego, Polyi i stosowanej na klinice lwowskiej modyfikacji Waygla, której zaletą jest możność dobrego i pewnego umocowania grubego transplantatu na tylnej powierzchni łuków kręgowych. Wynik w przypadku przedstawionym, choć wczesny, jest dobry, miejsce chore okazuje usztywnienie, stan ogólny jest znacznie lepszy a na roentgenogramie (pokaz) widać rozpoczynające się w okolicy transplantatu zlewanie się pojedynczych kręgów. Przedstawiwszy spotykane w najnowszej literaturze sprzeczne zdania o wartości operacji Albeego, zaznacza, że zabieg ten jest, przynajmniej w naszych stosunkach, dobrym, pomocniczym środkiem leczenia gruźlicy kręgów, o ile tylko dobiera się odpowiednie co do wieku, okresu choroby i sił chorego przypadki i zwraca uwagę na dalsze leczenie ortopedyczne i ogólne; b) chorą 52 letnią po wycięciu mięsaka wrzecionowato

komórkowego, wychodzącego z okostnej obojczyka; mimo wycięcia części tegoż oraz mięśni piersiowych, wynik czynnościowy dobry.

W dyskusji kol. B a r ą c z sądzi, że modyfikacje oryginalnej metody A l b e e g o, tak P o l y a, jak i W a y g l a nie będą ogólnie przyjęte, ponieważ są to zabiegi bardziej skomplikowane. W chirurgji najbardziej są pożądane sposoby bardziej proste, ponieważ przy zastosowaniu ich mniej naraża się chorych na zakażenie. Już przy zastosowaniu oryginalnej metody A l b e e g o znane są przypadki wydzielania się przeszczepu przez ropienie pomimo przestrzegania zasad aseptyki prawdopodobnie wskutek zmniejszonej odporności tych chorych.

Przez odsunięcie przyczepów mięśni grzbietu od nasady wyrostków kolczastych przy zastosowaniu tak metody P o l y a, jak i W a j g l a, odżywienie tychże może być upośledzone, ponadto oba sposoby wymagają o wiele dłuższych manipulacji i głębszych i bardziej powikłanych cięć, przez co stwarza się gorsze warunki do gojenia rany przez rychłozrost.

W dyskusji : Kol. O s t r o w s k i wyraża zadowolenie swoje z powodu wyników otrzymanych w szpitalu na przeszło 40 przypadkach operacji Albeego. Co do wskazań stosowania operacji Albeego uważa za najodpowiedniejsze przypadki bez garbu; wynik jest stanowczo lepszy. W przypadkach obustronnego niedowładu i obecności ropnia opadowego można było zauważyć poprawę objawów nerwowych, wogóle zaś na operację Albeego powinno się zapatrywać jako na jeden z drobnych momentów leczniczych gruźlicy. Podkreśla raz jeszcze ważność leczenia gruźlicy według ogólnych zasad. Złych następstw operacji nigdy nie widział.

Kol. W ę g l o w s k i jest wielkim zwolennikiem operacji Albeego. Przypomina, że w swoim czasie o wynikach statystycznych złożył z jego oddziału sprawozdanie kol. K o ż u c h o w s k i. Nie może jednak zgodzić się z kol. O s t r o w s k i m i uważa, że zbyt małe dzieci nie nadają się do tej operacji, gdyż wyrostki nie są skostniałe. Szereg autorów stosuje jednocześnie z operacją Albeego sposób C a l o t'a i, jak mówca miał możność przekonać się, gwałtowne wyprostowanie garbu daje doskonałe wyniki. Głosy francuskie, przeciwne metodzie operacyjnej, o których wspominał kol. H i l a r o w i c z, w naszych warunkach szpitalnych i społecznych nie mają praktycznego znaczenia. Kol. W ę g l o w s k i jest zwolennikiem sposobu Albeego, sądząc, że przy modyfikacji Polya lub Waygla cierpi odżywienie wyrostków kolczastych. Dane, zdobyte z doświadczeń na psach nie dadzą się przenieść bezwzględnie na materjał ludzki.

Kol. S c h r a m m przez długie lata prowadził szpitalik dziecięcy i stosował operację Albeego na dzieciach, później u dorosłych. Porównawcze doświadczenie pozwala wyciągnąć wnioski. U dorosłych wynik jest lepszy, zrost jest mocniejszy, powierzchnia zetknięcia transplantatu z kręgiem jest większa. Temu, jakoby zrost miał nie następować, przeczy najlepiej przypadek, dotyczący 3 letniego chłopca, operowanego sposobem Albeego, którego mówca ongiś demonstrował w Lwowskiem Towarzystwie lekarskiem. Śmierć z powodu uogólnienia gruźlicy umożliwiła przeprowadzenie badania nekroskopowego, które wykazało, że zrost kostny w zupełności nastąpił. Pierwotne cięcie Albeego mówca zmienił na płatowe w tym celu, aby rozpołowienie kości nie przypadło tuż pod blizną skórną. Nie ma też żadnych obaw co do ropienia. Modyfikacja Waygla ma dużo dodatnich stron, przenosząc punkt ciężkości znacznie dalej i jest o tyle lepszą od Albeego gdyż przeszczep kostny leży bliżej ogniska chorobowego, wskutek czego warunki ustalenia są korzystniejsze. Zaburzeń w odżywianiu mięśni mówca nie widział, gdyż przecina się tylko po jednej stronie, zrost kostny zaś zawsze był skonsolidowany, co się niejednokrotnie kontrolowało Roentgenem. Nie posiadając u nas warunków francuskich, pozwalających leczyć i trzymać chorego w szpitalu w ciągu 3 lat, mówca uważa operację Albeego za godną szerszego uwzględnienia, przedewszystkiem jako sposobu wybitnie s k r a c a j ą c e g o l e c z e n i e. Podkreśla ważność istotnego przeprowadzenia leczenia ogólnego, gdyż doświadczenie jego wskazuje, że bardzo często wskazówki te pozostają przepisem lekarskim tylko na papierze. Nieuwzględnieniu tych zaleceń przypisać należy pewien odsetek wyników z ułomnościami. Wogóle zaś mówca jest zwolennikiem postępowania konserwatywnego, lecz chętnie z wyżej wymienionych powodów przystępuje do leczenia aktywnego.

Kol. W o l f miał możność osobiście się przekonać u Callot'a o wynikach leczenia konserwatywnego i, mając zaledwie kilka własnych przypadków, wypowiada się za zabiegiem operacyjnym, który może skrócić leczenie. Kol. O s t r o w s k i po uwadze kol. W ę g l o w s k i e g o, że nie powinno się operować poniżej lat 8 ze względu na niemożność kostnienia, nie zgadza się z tem gdyż widział niejednokrotnie wytworzenie się obfitych mas kostnych, zlutowujących całą okolicę chorą. Operacja Albeego zasługuje jeszcze na uwagę, gdyż daje możność naświetlać słońcem cały tułów, który uwalniamy od krępujących ciężkich łóżek metody zachowawczej. Kol. W a y g l daje wyjaśnienie w sprawie techniki i poleca w razie obecności garbu przecinać wyrostki kolczaste sąsiednie bliżej końców celem dostosowania prostego przeszczepu. Kol. H i l a r o w i c z w odpowiedzi wspomina o zdaniu autorów niemieckich, którzy określają wiek minimalny nadający się do operacji dopiero od lat 4-ch. Co do modyfikacji Waygla zwraca uwagę, że odżywienie wyrostków kolczastych nie ma tak wielkiego znaczenia, gdyż bierze się pod uwagę zrost przeszczepu z łukami.

3. Kol. S ł ę k przedstawia chorego, lat 42 liczącego operowanego w listopadzie roku 1921 z powodu **kamicy żółciowej**. Wydobyto z przewodu wspólnego 4 kamienie żółciowe i sączkowano przewód wspólny przez 2 tygodnie. Po 3 miesiącach napady kolki żółciowej powtórzyły się i pomimo usunięcia woreczka żółciowego i sączkowania przewodów, powtarzały się kilkakrotnie z gorączką, dreszczami i żółtaczką. Obecnie żółtaczka trwa od 3 miesięcy, a bóle powtarzają się co kilka dni. Przy badaniu stwierdzono, bliznę pooperacyjną w linji białej, brzeg wątroby powiększonej, twardy. Na podstawie zmian, rozpoznanie wahało się, czy w danym przypadku mamy zamknięcie przewodów kamieniem, lub też, czy powstałe zrosty utrudniają odpływ żółci, lub też zwężenie przewodów jest przyczyną sprawy chorobowej.

Dnia 3. 1. 1923 przystąpiono do laparotomji cięciem Rio-Branco. Otwarcie jamy brzusznej, znacznie utrudnione z powodu zrostów sieci, jelit i wątroby z powłokami brzusznemi. Po jej otwarciu wśród zrostów udało się odszukać przewody, wątrobowy i wspólny, w których napotkano kamień wielkości orzecha włoskiego i 3 mniejsze. Po nacięciu przewodu wątrobowego, wydobyto kamienie i prócz tego mułu żółciowego gęstego około 2 łyżek, poczem założono sączek gumowy K e h r a do przewodu wątrobowego, który przepłukiwano przez 3 tygodnie. Następnie sączek usunięto. Pytanie, czy mamy tutaj z nawrotem sprawy chorobowej, czy też z przeoczeniem i pozostawieniem kamieni, przechyla się więcej ku pozostawieniu, gdyż znalezione kamienie i muł znachodziły się w przewodzie wątrobowym. Żółtaczka ustąpiła w zupełności, a chory obecnie czuje się zupełnie dobrze i opuszcza szpital wyleczony.

Przypadek ten jest o tyle pouczającym, że przy kamieniach w przewodach żółciowych, należy drogi żółciowe leczyć sączkowaniem, a nie starać się o rychłozrost. Twierdzenie Haberera, Popper'a, że żółć sama przepłukuje przewody jest mylnem. Zasada Kehra, sączkowania przewodów, ma swe uzasadnione podstawy.

W dyskusji nad tym przypadkiem zabierają głos kol. S c h r a m m i O s t r o w s k i.

4. Kol. M o r a c z e w s k i wygłasza odczyt »**O zależności wydzielania moczu od trawienia**« (Odczyt przeznaczono do druku).

W dyskusji kol. F r a n k e zwraca uwagę na tkankowe wydzielenie wody, to jest na zależność od wodnistości krwi i osmotycznego ciśnienia w tkankach. Pozatem przypomina, że próba wodna nie daje zawsze należytego pojęcia o sprawności nerek. Wreszcie zaznacza, że sam podawał wodę na noc, ażeby uniknąć przymusu i co za tem idzie, czynników nerwowych na opróżnienie pęcherza.

Kol. M a r i s c h l e r podnosi znaczenie spostrzeganych przez mówcę faktów i przypomina, że wielokrotnie ilość wydzielonego moczu nie odpowiada ilości wypitej wody, która gdzieś się podziewa. Tłómaczyłoby się to zjawiskami podanemi przez mówcę.

Kol. M o r a c z e w s k i w odpowiedzi powiada, że 1° tkankowe wydzielenie następuje znacznie później. Zresztą takie wydzielenie, zależne od pożywienia dnia poprzedniego, zauważył nieraz i uwzględniał, 2° co do próby wodnej po podaniu wody na noc, to stanowisko jego jest różne, ponieważ chodzi między innemi o ilość wydzielanej wody w przeciągu pierwszych pół godzin.

VI. P o s i e d z e n i e n a u k o w e w dniu 2 marca 1923 r.

Przewodniczy kol. Ig. Z i e l i ń s k i. Obecnych 146.

Kol. S i e r a d z k i wygłasza odczyt: **Z doświadczeń znawcy lekarza w małżeńskich sprawach rozwodowych** (odczyt w całości ukaże się w druku).

VII. P o s i e d z e n i e n a u k o w e w dniu 9 marca 1923 r.

Przewodniczy kol. Z i e l i ń s k i. Obecnych 129.

1. **Sprawozdanie ustępującego skarbnika** kol. Z a l e w s k i e g o przyjęto do wiadomości i uchwalono absolutorjum i podziękowanie za owocną pracę.

2. Kol. F r a n k e odczytuje sprawozdanie rachunków **Spółki Wydawniczej lekarskiej** i poleca usilnie subskrybować II serję udziałów spółki.

3. Kol. M u s i a ł przedstawia noworodka z **rogówkami olbrzymiemi** na obu oczach — 14 mm. w wymiarze poziomym i pionowym. Omawia różnice, panujące między okulistami co do sposobu tłómaczenia tych zmian. Wykazuje różnice zasadnicze między wodooczem wrodzonem, gdzie jednym z objawów są również olbrzymie rogówki, a rogówkami olbrzymiemi, zmianą sui generis, pozostającą przez całe życie, bez żadnych groźnych następstw dla wzroku, w przeciwstawieniu do wodoocza, które zwykle prowadzi do ślepoty. Wspomina następnie o dziedziczności tychże zmian, wykazanej przez Kaisera. Wreszcie wspomina o zapatrywaniu R e i s a, który występowanie olbrzymich rogówek uważa za pewnego rodzaju cechę atawizmu.

W **dyskusji** kol. Reis zauważa, że przypadek przedstawiony należy do rzadkości. Przypadki te rzadko widuje się w przychodniach szpitalnych ze względu na to, że nie sprawiają dolegliwości i przeważnie dopiero przy masowych oględzinach dają się wykryć. Przypadek obecny dostał się bardzo wcześnie w opiekę lekarską, już 3 dnia po urodzeniu.

Kol. R. Węglowski wygłasza odczyt »**O przetokach i torbielach szyi**«. Mówca przedstawia 4 chorych: 2 z wrodzonemi, środkowemi przetokami szyi i 2 chorych z zupełnemi bocznemi przetokami szyi. Omawiając przyczyny powstawania wrodzonych przetok szyi, mówca przytoczył swój własny pogląd, oparty na szeregu własnych badań anatomo embrjologicznych.

We wszystkich podręcznikach chirurgji i anatomji patologicznej przyjęta jest obecnie teorja, twierdząca, że środkowe przetoki szyi powstają wskutek pozostałości resztek rozwojowych t. z. ductus thyreo-glossus (środkowego płata gruczołu tarczowego). Przewód ten, lub jego części mogą otworzyć się na zewnątrz i rzekomo wywołać stałą przetokę, pokrytą nabłonkiem płaskim lub migawkowym. W. His, który pierwszy podał nazwę ductus thyreo-glosus, już po kilku latach na podstawie nowych badań embrjologicznych przekonał się, że ta część środkowego płata gruczołu tarczowego, nigdy nie posiada światła i nie jest właściwym przewodem, a tylko powrózkiem, składającym się ze stałej, zbitej masy tkanki gruczołu tarczowego. Wobec tego zmienił nazwę ductus thyreo-glossus na tractus thyreo-glossus. Ta praca jednakowoż pozostała bez odgłosu wśród chirurgów i wobec tego ustaloną została teorja o pochodzeniu środkowych przetok szyi z rzekomego, a właściwie nieistniejącego ductus thyreo-glossus. Własne badania mówcy na zarodkach ludzkich, zapomocą t. z. sposobu rekonstrukcji pokazały, że przy rozwoju środkowego płata gruczołu tarczowego nie powstają żadne przewody, a tylko wytwarza się wyrostek zbitej tkanki gruczołowej, który, pogłębiając się od miejsca przyszłego foramen coecum, wkrótce dzieli się na dwie części, prawy i lewy płat gruczołu tarczowego. Ten tak zwany tractus thyreo-glossus wkrótce rozpada się na cząstki i zwykle ulega całkowitemu zanikowi, lecz w 25 do 30% w ustroju ludzkim pozostają na zawsze te resztki zarodkowe, tak, że prawie u każdego 3-go człowieka można znaleźć resztki gruczołu tarczowego w nasadzie języka, w środkowej części kości gnykowej i na przedniej powierzchni krtani. Obok tych resztek mówca stale znajdował resztki zarodkowego nabłonka jamy ustnej, który, dzięki rozrostowi przetwarzały się zwykle w niewielką torbiel. Istota rzeczy polega w tem, że podczas szybkiego rozwoju i rozrostu gruczołu tarczowego wciąga on ze sobą mechanicznie wgłąb pojedyńcze komórki nabłonka jamy ustnej, któreto komórki przetwarzają się następnie w niewielkie torbiele. Takie torbiele, pokryte mieszanym nabłonkiem można znaleźć u każdego 3-go do 4-go osobnika na drodze pomiędzy foramen coecum a processus pyramidalis gruczołu tarczowego.

Zwykle te torbiele i wyżej wspomniane resztki gruczołu tarczowego nie wykazują żadnych objawów chorobowych i tylko przy warunkach sprzyjających mogą się przyczynić do powstawania woli, bądźto torbieli w języku, w kości gnykowej lub też na przedniej powierzchni krtani. Ponieważ najczęściej torbiele i przetoki umiejscawiają się na przedniej kości gnykowej, są więc ściśle z nią związane i nawet wrośnięte do środka ciała kości, wobec czego przy usuwaniu takich przetok należy wycinać i ciało kości gnykowej.

Poza temi resztkami w języku spotykamy jeszcze inne torbiele. Są to twory późniejsze, powstało od rozwoju t. z. ductus lingualis (canalis Bohdaleckii).

Co do wrodzonych bocznych przetok szyi, to w piśmiennictwie obecnem przyjęta jest teorja Kostaneckiego i Mieleckiego, że przetoki te powstają wskutek pozostałej w życiu zarodkowem t. z. drugiej szpary i kieszonki skrzelowej.

Mówca zaznacza, że teorja ta nie jest ścisła pod względem anatomicznym, a to dlatego, że cały aparat skrzelowy i jego pozostałości umiejscowione są tylko w górnej części szyji (kość gnykowa, resztki jej ze wszystkiemi mięśniami) gdzie przetoki spotyka się bardzo rzadko, natomiast w dolnej części szyji, gdzie przetoki te spotykamy najczęściej, żadnych resztek aparatu skrzelowego być nie może, po drugie ogólny wygląd t. z. całkowitych przetok bocznych, ich stały stosunek anatomo-topograficzny, oraz budowa histologiczna nasuwają myśl, że są to pozostałości jakiegobądź innego narządu zarodkowego.

Poszukiwania i badania w tym celu licznego materjału tak zarodkowego, jak i anatomicznego, przekonały mówcę, że boczne przetoki powstają nie od szpary skrzelowej, a od pozostałego t. z. przewodu grasiczo-gardzielowego (ductus thymo-pharyngeus). Przewód ten poczyna się od trzeciej kieszonki skrzelowej, idzie poziomo w bok, zrasta się z t. z. zatoką szyji (sinus cervicalis) czerpie od niej część nabłonka płaskiego i ciągnie się dalej ku dołowi pod kątem prawie prostym wzdłuż przyśrodkowego brzegu mięśnia sutkowo-obojczykowego aż do wejścia do klatki piersiowej, gdzie zaczyna przetwarzać się w gruczoł grasiczny. Ten przewód zawsze posiada światło i jest drożny we wczesnym życiu zarodkowem, ale już w końcu drugiego i początku trzeciego miesiąca rozpada się na cząstki i zwykle ulega zanikowi.

Pozostałości z rozwoju przewodu grasiczo-gardzielowego można znaleźć u każdego 7–8-go człowieka. Mówca pokazuje zdjęcia roentgenologiczne, z kompletnych przetok bocznych nastrzykniętych masą barytową i podkreśla, że przebieg topograficzny i postać zewnętrzna tych przetok całkowicie odpowiada przewodowi gardzielowo-grasicznemu. Badania histologiczne tak przewodu, jak i przetok są prawie jednakowe, tembardziej, że w ścianie takich przetok znajdujemy często resztki gruczołu grasicy.

Na podstawie powyższego mówca stawia wniosek, że wrodzone przetoki szyji należy nazywać tylko środkowemi i bocznemi przetokami i nie dodawać nazwy przetok skrzelowych, jako nazwy niewłaściwej (Autoreferat).

W **dyskusji** prof. Schramm stwierdza, że w większości przypadków przetok wygłoszone teorje są przekonywującemi. Nie zupełnie wyraźnie jednakże tłómaczą te przypadki, w których się widzi resztki chrząstek, co wymaga chyba innego interpretowania.

W odpowiedzi kol. Węglowski uzasadnia swoją teorję odnośnie i do tych przypadków.

W Janusz, sekretarz.

V. Zjazd Towarzystwa Internistów Polskich w Wilnie.

Komitet Gospodarczy Wil. F. T. I. P. podaje do wiadomości Kolegów w dalszym ciągu zgłoszone tematy wykładów:

Drowie: 1. J. Celarek (Warszawa): »Zapalenie płuc w świetle najnowszych badań bakterjologicznych i leczenie surowicą«. 2. Stefan Sterling-Okuniewski (Warszawa): a) O objawie oczno-sercowym« — b) »O polskim komitecie do zwalczania raka«. — 3. Stefan Sterling-Okuniewski i Aniela Apatow: »Z badań nad wpływem budowy osobniczej na przebieg chorób zakaźnych«. — 4. Bronisław Sabat (Warszawa, Szpital Ujazdowski): »O leczeniu chorób krwi i narządów krwiotwórczych promieniami Roentgena«. — 5. A. Landau, M. Fligin i B. Łopieński (Warszawa): »W sprawie leczenia stanów niedomogi mięśnia sercowego«. — 6. J. Held (Warszawa): »Studja nad zawartością barwników żółciowych we krwi oraz odpornością czerwonych krążków krwi«.

I. Klinika Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego. (Dyr. prof. Dr. A. Gluziński).

7. Prof. Dr. A. Gluziński: »Kiła (syphilis) wątroby«. — 8. Dr. Stefan Bojarski; »Cholesteremia a odporność krwinek w stanach chorobowych«. — 9. Dr. Seweryn Cytronberg: »Hyperglykemia pokarmowa, jako środek rozpoznawczy przy rakach przewodu pokarmowego«. — 10. Dr. Adam Elektorowicz: 1) Encephalografia z demonstracjami obrazów. — 2) Działanie fenolftaleiny na przewód pokarmowy. — 11. Drowie Włodzimierz Filiński i Proszawski Wiktor: »Badania porównawcze nad sposobami wykazania niewydolności wątroby (insufficientia hepatis). — 12 Dr. Witold Gawiński: »Pogląd krytyczny na znaczenie rozpoznawcze odczynu Wassermanna. — 13. Dr. Zdzisław Górecki: a) O zachowaniu się tłuszczów obojętnych we krwi u ludzi zdrowych i chorych. — b) Zachowanie się tłuszczów i lipoidów we krwi u ludzi zdrowych i chorych przy drażnieniu farmakologicznem układu wegetatywnego. — 14. Dr. Eleonora Reicher: a) Opadanie krwinek (sedymentacja) u ludzi zdrowych i w stanach chorobowych«. — b) »O zachowaniu się substancji suchej we krwi przy farmakologicznem drażnieniu systemu wegetatywnego u ludzi zdrowych i w stanach chorobowych«. — 15. Dr. Zdzisław Szczepański: a) »Gruźlica a gruczoły przytarczowe«. — b) »O podziale klinicznym form gruźlicy płuc«. — 16. Drowie Bronisław Sabat i Zdzisław Szczepański: »Interpositio coli hepato-diaphragmatica intermittens«. — 17. Dr. Jakób Węgierski: »Wpływ anionu fosforowego na zachowanie się cukru we krwi przy hyperglykemii adrenalinowej oraz na zachowanie się cukru we krwi i w moczu u dotkniętych moczówką cukrową«.

Klinika lekarska Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie. (Dyr prof. Dr. R. Rencki).

18. Doc. Dr. J. Grek: a) »O endocarditis lenta«. — b) »O stosowaniu dożylnem cukru gronowego w chorobach serca«. 19. Doc. Dr. H. Sochański: »O roli układu parasympatycznego przy powstawaniu pewnych odczynów rozpoznawczych i leczniczych. — 20. Dr. Z. Czeżowska: Wpływ naświetlania promieniami Roentgena na kwasotę żołądka na podstawie badań doświadczalnych i spostrzeżeń klinicznych. — 21. Dr. E. Stefek: »Adrenalina, jako czynnik rozpoznawczy przy guzach jamy brzusznej«, — 22. Dr. Tumidajski: »Wyniki lecznicze stosowania naświetlań promieniami Roentgena w przypadkach cukrzycy i chorób nerkowych«. — 23. Dr. E. Meisels: »Ścisłość rentgenologicznego rozpoznania wrzodu dwunastnicy na podstawie materjału klinicznego z demonstracjami«. — 24. Dr. M. Wojciechowski: O zachowaniu się wskaźnika katalatycznego przy niedokrwnościach. — 25. Dr. Tyszka: a) »Istota chyżości opadania krwinek czerwonych i jej znaczenie kliniczne. — b) Uwagi nad odczynem serodjagnostycznym Botellho przy rozpoznawaniu raka«. — c) »O funkcjonalnem badaniu wątroby«. — 26. Dr. H. Allerhand: Zakażenie ustne

(oral sepsis) jako pogranicze medycyny wewnętrznej i stomatologji«.

27. Dr. Skubiszewski (Warszawa): Kiła przysadki mózgowej. — 28. Dr. Kazimierz Szokalski (Warszawa): Nieco danych (z okresu ostatnich dwóch lat), dotyczących chorych na płuca, leczonych w ambulatorjum warszawskiej Kasy Chorych«. — 29. Prof. Dr. J. Rettinger (Wilno). Podstawowa przemiana materji i j j znaczenie w medycynie« (z demonstracją metody). 30. Prof. Dr. St. Trzebiński (Wilno). Myśli o badaniu uzdolnienia do studjów lekarskich.

Klinika wewnętrzna Instytutu Wojskowo-Sanitarnego w Warszawie. (Kierownik Prof. Dr. E. Żebrowski).

31. Prof. E. Żebrowski i Dr. E. Bratkowski: Próba sprawności szpiku kostnego w kierunku wytwarzania leukocytów. — 32. Dr. E. Bratkowski: »Sprawność nerek w żółtaczce. — W sprawie powstawania eozynofilji. — 33. Dr. Cichocki: Próba polygraficzna sprawności serca. — »O zasadowości krwi u gruźliczych«.

Stosownie do uchwały Zarządu Głównego termin nadsyłania wykładów upłynął w dniu 1. czerwca, ponieważ nie wszyscy Koledzy, którzy zgłosili wykłady, nadesłali odpowiednie streszczenia, Komitet W. II. F. T. I. P. prosi o ich nadesłanie, co jest obowiązujące dla mówców. Jednocześnie Komitet przypomina jeszcze raz, że, według statutu T. I. P., wykład jedny trwać może do 20 minut.

Komitet prosi Kolegów o możliwie wczesne zgłaszanie swego udziału w Zjeździe, a również o nadsyłanie wkładki zjazdowej (30.000 Mk.), którą przyjmuje skarbnik W. F. T. I. P. Dr. W. Bądzyński, Wilno, Mostowa 8. Streszczenie wykładów oraz zgłaszanie udziału w Zjeździe należy skierowywać pod adresem W. II. F. T. I. P. — Dra M. Świdy, Wilno, Wileńska 29. Dr. *M. Świda*, sekr. Prof. Dr. *A. Januszkiewicz*, przew.

Sprawy zawodowe.

Naczelna Izba lekarska w Warszawie.

W myśl art. 8 ustawy z dnia 2 grudnia 1921 o ustroju i zakresie działania Izb lekarskich Rady Izb lekarskich krakowskiej, lubelskiej, lwowskiej łódzkiej, poznańsko-pomorskiej i warszawsko-białostockiej wybrały swego czasu przedstawicieli do Naczelnej Izby lekarskiej. Pan Minister Zdrowia p. zwołał na dzień 9 b. m. do Warszawy tychże przedstawicieli, tworzących Naczelną Izbę lekarską. W posiedzeniu wzięło udział 25 przedstawicieli wymienionych Izb lekarskich. Po zagajeniu posiedzenia przez głównego komisarza wyborczego dyrektora dra Lachowicza złożył sprawozdanie z dotychczasowych czynności radca Hilarowicz, zastępca głównego Komisarza i tymczasowy kierownik biura Nacz. Izby lek., przedstawiając wniosek w myśl §. 11. tymczasowego rozporządzenia Ministra Zdrowia p. z dnia 7. marca 1923 na wybór Komisji dla ułożenia projektu regulaminu, jak również wniosek w przedmiocie przedstawienia kandydatów na członków Państwowej Rady do spraw uzdrowisk. Po sprawozdaniu radcy Hilarowicza i na wniosek głównego Komisarza przystąpiono do wyboru tymczasowego przewodniczącego zebrania, którym też został dr. Dembiński, naczelnik Izby lek. poznańsko-pomorskiej. Po dłuższej dyskusji nad sprawozdaniem tymczasowego kierownika biura Nacz. Izby lekarskiej, uchwalono jednomyślnie przystąpić do wyboru Zarządu, przyczem liczbę członków jego oznaczono na 9. W tajnem głosowaniu weszli do Zarządu: drowie Bączkiewicz (Warszawa), Bełkowski (Warszawa), Bogucki (Warszawa), Dembiński (Poznań), Kamocki (Warszawa), Papée (Lwów), Skusiewicz (Łódź), Śmiechowski (Warszawa) i Strzemieński (Kraków). Wybrany Zarząd ukonstytuował się zaraz w sposób następujący: Bączkiewicz naczelnik, Dembiński, Papée i Strzemieński zastępcy naczelnika, Bełkowski sekretarz, Bogucki skarbnik. Zastępcami członków Zarządu zostali wybrani: Drożdż (Lublin), Kozerski (Warszawa), Sikorski (Poznań), Tomaszewski (Łódź), Wrześniowski (Kraków) i Zgórski (Lwów). Do Komisji rewizyjnej weszli: Dydyński (Warszawa), Gruszczyński (Warszawa) i Wiśniewski (Lublin).

Sprawę opracowania regulaminu oddano do załatwienia Zarządowi. Co do wniosku Ministra w przedmiocie przedstawienia sześciu kandydatów na członków do Państwowej Rady dla spraw uzdrowisk, z których trzech ma być zamianowanych przez Ministerstwo, uchwalono polecić Izbom przedstawienie po jednym kandydacie. Dalej uznano za wskazane, aby poszczególne Izby lekarskie zajęły się sprawą t. zw. doradców prawnych. Naczelna Izba lekarska powzięła następnie jednomyślną uchwałę, przyjmującą istniejący podział terytorjalny obecnie istniejących Izb lekarskich. Po powzięciu jeszcze kilku uchwał w sprawach djet, częstości zwoływania pełnej Naczelnej Izby i i. nowowybrany naczelnik zamknął pierwsze posiedzenie Naczelnej Izby lekarskiej Rzeczpospolitej polskiej.

Z ukonstytuowaniem się jej został ostatecznie urzeczywistniony ustrój Izb lekarskich polskich. *n.*

A. PUŁAWSKI, lekarz naczelny Szpit. Dz. Jezus. Warszawa.

Czwarte sprawozdanie z działalności oddziału obserwacyjnego w szpitalu Dz. Jezus w Warszawie za rok 1922 [2]).

W roku sprawozdawczym przesunęło się tu chorych z miasta 338 (137 m. + 201 k.), przeniesiono z innych oddziałów 32 (21 m. + 11 k.). Jak zwykle, znaczna część tych chorych po bliższej obserwacji okazała się wolną od zakażeń [3]) — 127 (67 m. + 70 k.). Prócz tego dostali się tu chorzy na zimnicę — 25, na grypę — 50. Chorzy tej kategorji byli wypisywani do domu — 152, albo przepisywani na inne oddziały — 81. Podczas obserwacji zmarło 25 chorych (15 m. + 10 k.). Rozpoznano następujące choroby zakaźne: dur plamisty — 20, dur brzuszny — 30, dur powrotny — 11, czerwonkę — 4, płonicę — 5, zapalenie opon mózgowych nag. — 8, różę — 4, ospę, odrę i teżec — po 1, świerzbę — 2, zimnicę i grypę — p. wyżej. Do szpitali dla zakaźnych odesłano 106 chorych (41 m. + 65 k.).

Pracownia chemiczno-bakterjologiczna (zarz. dr. Mutermilch) wykonała dla oddziału obserwacyjnego 547 badań przeważnie krwi, a mianowicie 84 badań morfolog., 9 posiewów (8 dodat.), odczyn Widala — 115 (26 +), Weil-Felixa — 80 (11 +), Wassermanna 18 (7 +), plasmodyj — 16 (6 +), na krętki Obermeiera — 17 (7 +), mocznika — 2, prócz tego wykonano 12 badań kału, 145 — plwociny, 9 wysięków z opłucnej, 7 nalotów, 16 — płynu mózgowo-rdzeniowego, 2 ropy.

Z powyższego widzimy, że mały ten oddział (12 łóżek stałowych) jest bardzo ruchliwy i pracowity a dla lekarza niewdzięczny z tego względu, że obserwacja chorych trwa zwykle krótko (przeciętnie 3—7 dni) tj. tyle, ile to jest potrzebne do ustalenia rozpoznania. Pod względem administracyjnym jest to dział kosztowny, gdyż nieraz stoi pustkami, co zależy od mniejszego lub większego natężenia chorób zakaźnych w mieście. Nie mniej przeto oddział taki jest nieodzowny w każdym większym szpitalu, jako filtr i pogotowie, chroniące od zarazy i wynikających stąd nieraz fatalnych następstw (zamykania oddziałów, desynfekcji i t. d.). Należy mieć to na względzie przy budowie nowych szpitali.

Wiadomości bieżące.

Kraków.

Izba lekarska zawiadamia, że w myśl uchwały Rady Izby lekarskiej członkowie Izby zalegający z opłatą do dnia 1. VII. 1923 r. muszą po tym terminie uiścić tytułem opłaty kwotę 60.000 Mkp. zamiast 40.000 Mkp. dotychczas pobieranych. Prezydent: *Strzemieński.*

Lwów.

Dziekanem Wydziału lekarskiego na r. 1923/4 wybrany został prof. dr. Witold Nowicki.

Veniam legendi z chorób dziecięcych udzielił Wydział lekarski dr. Robertowi Questowi, prymarjuszowi Szpitala św. Zofji.

Warszawa.

Dziekanem Wydziału lekarskiego na r. 1923/24 wybrany został prof. dr. Józef Hornowski.

Zarząd Koła Medyków S. U. W. składa gorące podziękowanie Komitetowi Organizacyjnemu 1-go Zjazdu Ginekologów Polskich, oraz wszystkim jego uczestnikom za hojną ofiarę w sumie mk. 2,010.000 — (dwa miljony dziesięć tysięcy) na rzecz budowy Domu Medyków, do dyspozycji Zarządu Koła. Zarząd.

Zarząd Tow. Internistów polskich«, który zajmuje się urządzeniem Zjazdu Internistów w dniach 8, 9 i 10 lipca b. r. w Wilnie, chcąc zadość uczynić coraz więcej dającej się odczuwać potrzebie, uchwalił rozpocząć wydawnictwo p. t. Polskie Archiwum medycyny wewnętrznej na razie pod redakcją prof. Dr. A. Gluzińskiego.

Gdy inne narody posiadają szereg podobnych wydawnictw, pismo to, poświęcone pracom archiwalnym, będzie pierwszem tego rodzaju w Polsce, a opierać się będzie na współpracy tak 5-ciu fakultetów lekarskich, jak również kierowników oddziałów chorób wewnętrznych i innych specjalistów w tym kierunku, których się zaprasza do współpracy. Projekt całego pisma, które ma być organem Tow. Internistów polskich, przedłoży Zarząd Towarzystwa na Zjeździe w Wilnie do zatwierdzenia.

Pierwszy zeszyt tego pisma w objętości 8—10 arkuszy druku składać się będzie, obok szeregu prac z zakresu klinicznej medycyny, także z krótkich streszczeń tych prac w języku francuskim. Pismo to na razie wychodzić będzie co kwartał, toteż o nadsyłanie prac do drugiego zeszytu uprasza się na razie pod adresem tymczasowego redaktora prof. Dr. A. Gluzińskiego (I Klinika Chorób wewnętrznych, przy Szpitalu Dz. Jezus, Warszawa, ul. Nowogrodzka l. 59).

[2]) Poprzednie sprawozdania ogłoszono w Gaz. Lek. 1920. N. 4, tamże 1921 N. 3, P. Gaz. Lek. 1922. N. 20.

[3]) Wśród nich było sporo chorych na gruźlicę płuc — dla nich, niestety, nie posiadamy odpowiednich uzdrowisk ani przytułków.